

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zlata Heřmánková

**Resilience u dětí vystavených domácímu násilí a její  
posilování v rámci vybraných terapeutických  
přístupů**

**Resilience in children exposed to domestic violence  
and its enhancement in selected therapeutic  
approaches**

Praha, 2018

Vedoucí práce: PhDr. David Čáp, Ph.D.

## Poděkování

*Děkuji PhDr. Davidu Čápovi, Ph.D. za odborné vedení a podnětné připomínky v průběhu psaní této práce. Poděkování patří také RNDr. Petru Boschkovi, CSc. za rady týkající se návrhu statistického zpracování dat a Bc. Petře Wünschové za cenné poznatky o fungování centra LOCIKA.*

#### Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 30. 4. 2018*

.....  
*Zlata Heřmánková*

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se věnuje problematice dětí vystavených domácímu násilí. Literárně přehledová část práce stručně seznamuje čtenáře s fenoménem domácího násilí, jeho typy a možným průběhem. Poté se zabývá dětmi vystavenými domácímu násilí, zmiňuje především formy vystavení násilí a jeho možné důsledky. Následně se věnuje resilienci a jejím specifickým u dětí vystavených domácímu násilí. Dále popisuje vybrané terapeutické přístupy využívané při práci s těmito dětmi. Důraz v nich klade na posilování resilience. Podrobněji se věnuje praxi v České republice.

V empirické části práce je navržen kvantitativní výzkum týkající se posilování resilience v rámci terapie u dětí zasažených domácím násilím.

## **Klíčová slova**

domácí násilí, děti, resilience, terapie

## **Abstract**

The aim of this thesis is to introduce the topic of children exposed to domestic violence. First, it defines the phenomenon of domestic violence and briefly describes its types and possible development. Second, it enables its readers to look into the topic of children exposed to domestic violence, with the primary focus on various forms of exposure and its possible consequences. Third, it presents the phenomenon of resilience and its specifics in children exposed to domestic violence. Eventually, it expands on selected therapeutic approaches being used in treatment of these children with the emphasis on resilience enhancement. It elaborates on practice in the Czech republic.

The empirical part of the thesis presents a quantitative research proposal regarding resilience enhancement within therapy in children exposed to domestic violence.

## **Keywords**

domestic violence, children, resilience, therapy

## Obsah

Úvod.....	7
1 Domácí násilí.....	8
1.1 Definice .....	8
1.2 Cyklus domácího násilí a jeho účastníci .....	8
1.3 Druhy a formy domácího násilí .....	9
2 Děti vystavené domácímu násilí .....	11
2.1 Četnost výskytu.....	11
2.2 Formy vystavení dítěte domácímu násilí .....	11
2.3 Provázanost domácího násilí s týráním a sexuální zneužíváním dítěte ..	12
2.4 Děti vystavené domácímu násilí z pohledu práva.....	13
2.5 Důsledky vystavení domácímu násilí .....	13
2.5.1 Fyzická oblast.....	14
2.5.2 Oblast vývoje a vzdělávání .....	14
2.5.3 Vztahová oblast.....	15
2.5.4 Emoční a psychosociální oblast .....	16
2.5.5 Psychické trauma .....	16
2.5.6 Pozdní následky .....	17
3 Resilience .....	18
3.1 Pojetí a definice resilience .....	18
3.2 Resilience u dětí.....	19
3.3 Resilience u dětí vystavených domácímu násilí .....	20
3.3.1 Protektivní faktory .....	20
3.3.2 Rizikové faktory.....	21
3.3.3 Strategie zvládání zátěže .....	22
3.3.4 Vybrané studie .....	22
4 Vybrané přístupy v terapii dětí vystavených domácímu násilí .....	24
4.1 Vývoj problematiky .....	24
4.2 Obecné zásady a cíle.....	24
4.3 Vybrané terapeutické přístupy .....	25

4.3.1	Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma.....	26
4.3.2	Herní terapie.....	28
4.4	Terapie dětí vystavených domácímu násilí v ČR .....	29
4.4.1	Centrum LOCIKA.....	29
4.4.2	Spolupráce rodiny s centrem LOCIKA.....	30
4.4.3	Práce s dítětem .....	30
5	Návrh výzkumného projektu.....	32
5.1	Cíle výzkumu .....	32
5.2	Design výzkumného projektu .....	33
5.3	Výzkumný soubor .....	34
5.4	Výzkumné metody .....	35
5.5	Způsob zpracování dat .....	38
5.6	Diskuse.....	38
	Závěr .....	42
	Seznam použité literatury .....	43
	Seznam zkratk.....	51

## Úvod

Domácí násilí je fenomén, který se ve společnosti vyskytuje od nepaměti a navzdory mýtům se nevyhýbá žádnému pohlaví, věkové či etnické skupině ani sociální vrstvě. I přesto však byl ve většině zemí dlouhodobě přehlížen a tolerován jako soukromá záležitost rodiny, do níž by se zvenčí nemělo zasahovat. I v naší zemi bylo ještě donedávna domácí násilí tabuizováno. Tento přístup se začal proměňovat na sklonku minulého století, kdy vzniklo hned několik organizací jako Bílý kruh bezpečí či Acorus zabývajících se podporou obětí domácího násilí.

V rodinách, kde k domácímu násilí dochází, se mnohdy nacházejí také děti. Některé z nich se do násilného prostředí již narodily, jiným se násilí v rodině objevilo až v průběhu života. Některé mají zkušenost s fyzickým násilím, jiné s psychickým nebo s jejich kombinací. Jedna skupina dětí zažívá tuto situaci v roli svědka, kdy je přítomna násilnému jednání vůči jednomu z pečovatelů, druhá skupina se i sama stává obětí útoku.

S touto extrémně obtížnou životní situací se každé dítě vyrovnává odlišně. Některé děti tyto nepříznivé zkušenosti bez vnější pomoci překonají a pozitivně se adaptují. Takové děti nazýváme resilientními. Na jiných dětech však domácí násilí zanechá různorodé následky, které mohou značně snižovat kvalitu jejich života. Je tedy důležité takovým dětem poskytnout pomoc, všimnout si protektivních faktorů na ně působících, pokoušet se eliminovat faktory rizikové, rozvíjet jejich adaptivní strategie zvládání zátěže, a tím posilovat i jejich resilienci. K tomu může docházet v rámci terapie. V této práci zmiňujeme nejvyužívanější terapeutické přístupy a podrobněji se zabýváme také praxí v České republice. Na to dále navazujeme v návrhu výzkumného projektu.

Při tvorbě práce jsme využili českých i zahraničních odborných zdrojů, převážně elektronických článků. Dále jsme využili několika monografií a sborníků. Citujeme rovněž některé dosud nepublikované texty a výjimečně internetové stránky či osobní sdělení. V práci je citováno podle normy APA (2010).

# 1 Domácí násilí

Domácí násilí je v současnosti všeobecně přijímaným pojmem prostupujícím mnoha obory a známým široké veřejnosti. Odborná literatura o něm pojednává již několik desetiletí a jeho pojetí se postupem času přirozeně proměňuje a vyvíjí. V důsledku toho dochází k nejednotnosti označení tohoto fenoménu. Ačkoli většina autorů používá termín domácí násilí (*domestic violence/abuse, home violence/abuse*), objevují se i označení jako rodinné násilí (*family violence/abuse*) nebo partnerské násilí (*partner violence/abuse, intimate partner violence/abuse, spouse violence/abuse*).

Tato kapitola se bude zabývat definicí domácího násilí a seznámí čtenáře s pojetím tohoto jevu očima různých autorů. Dále stručně představí účastníky domácího násilí, popíše jeho možný průběh a vývoj a nastíní jednotlivé druhy a formy domácího násilí, s nimiž se můžeme setkat.

## 1.1 Definice

Domácí násilí prozatím v České republice i v zahraničí postrádá jednotnou definici. Některými autory bývá chápáno jednoduše a bez důrazu na příbuzenské vztahy jako „*násilí, jež se děje mezi osobami sdílejícími společnou domácnost*“ (Ševčík & Špatenková, 2011, s. 25).

Specifičtější a této práci více vyhovující definici poskytuje Bílý kruh bezpečí, který domácí násilí vymezuje jako „*fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi intimními partnery, tj. manžely, druhy apod., ke kterému dochází v soukromí, tedy mimo kontrolu veřejnosti, intenzita násilných incidentů se zpravidla stupňuje a u oběti vede ke ztrátě schopností včas zastavit násilné incidenty a efektivně vyřešit narušený vztah*“ ("Co je a co není domácí násilí," n.d.).

Bednářová, Macková a Prokešová (2006) navíc zdůrazňují kontrolu a moc pachatele nad obětí, která z něj pociťuje trvalý strach, a proto se podřizuje jeho vůli.

Pokud bychom chtěli vycházet z českého trestního zákoníku, pojem domácí násilí zde definovaný nenalezneme. Řeší totiž pouze obecně Týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 199) a Týrání svěřené osoby (§ 198).

## 1.2 Cyklus domácího násilí a jeho účastníci

Účastníky domácího násilí jsou vždy pachatel a oběť. Přestože o nich panuje řada mýtů, ve skutečnosti se v obou uvedených rolích nacházejí lidé bez ohledu na pohlaví, věk, vzdělání či socioekonomický status (Vavroňová & Hronová, 2014).



Pro vztah pachatele a oběti je příznačné střídání několika fází tvořících cyklus domácího násilí. V cyklu rozlišujeme fázi hromadění a vzrůstání napětí, fázi násilného incidentu, fázi usmíření a fázi klidu. Ve první fázi pachatel podrobuje oběť vzrůstajícímu napětí. Komunikace mezi partnery začíná selhávat, oběť pocítuje strach a pokouší se napětí zmírnit pomocí usmíření se s pachatelem. Tato snaha však selhává a cyklus přechází do další fáze. Ve fázi incidentu pozorujeme napadání oběti pachatelem, ať už v podobě fyzické, psychické či jiné. Dochází zde k hádkám, zastrašování, vyhrožování a obviňování. Pachatel pocítuje vztek. Následuje fáze usmíření, které se vyznačuje omluvným chováním pachatele. Ten usiluje o odpuštění oběti, násilný incident mnohdy bagatelizuje či přímo popírá. Pachatel se může také pokoušet o přesunutí odpovědnosti za své násilné chování na oběť. Poslední částí cyklu je fáze klidu, někdy označovaná jako fáze líbánek. K násilí zde nedochází a ani se o něm nehovoří (Walker, 1979, podle Ševčík & Špatenková, 2011).

Tyto fáze se v průběhu času vyvíjejí a pozměňuje se délka jejich trvání a intenzita. Fáze obsahující násilí se obvykle prodlužují a zintenzivňují, zatímco nenásilné fáze se zkracují a postupně mizí (Macková, 2009).

V mnoha případech jsou domácímu násilí přítomni svědci, jimiž jsou nejčastěji právě děti. Ty mohou zůstat v roli svědka po celou dobu trvání násilí, nebo se rovněž stávat obětí pachatele (Vavroňová & Hronová, 2014).

### **1.3 Druhy a formy domácího násilí**

Druhy domácího násilí jsou ve většině případů chápány jako to, mezi kým se z hlediska pohlaví a příbuzenských vztahů násilí odehrává (Macková, 2009). Tato práce se bude z důvodu svého zaměření na děti zabývat především násilím mužů vůči ženám, jemuž jsou děti nejčastěji vystaveny, a násilím rodičů vůči dětem, které se s předešlým druhem mnohdy pojí. Výzkumy ukazují, že tomu tak může být u 30 až 60 % dětí, jejichž matky jsou oběťmi domácího násilí (Appel & Holden, 1998).

Domácí násilí nabývá mnoha různých forem. Někteří pachatelé užívají jen jedné formy násilí, jiní je kombinují. Asi nejznámější, nejlépe představitelnou a nejsnáze dokazatelnou formou domácího násilí je násilí fyzické. V tomto případě pachatel uplatňuje fyzickou sílu či její pohružku k ohrožení, poškození, omezení či zastrašení oběti. Násilí zde může mít podobu fackování, bití, kopání, strkání, škrcení, svazování, třesení, pálení, vytrhávání vlasů, ohrožování nebo poranění zbraní, odepírání jídla, spánku nebo lékařské pomoci či polévání horkou tekutinou (Ševčík & Špatenková, 2011, Vavroňová & Hronová, 2014).

Druhou formou je násilí psychické, s nímž se setkává největší procento obětí (Vavroňová & Hronová, 2014). Jedná se nejčastěji o ponižování, zesměšňování, shazování, vydírání, zastrašování, urážení, obviňování, systematickou kontrolu, podezřívání, omezování a zpochybňování duševního zdraví oběti (Ševčík & Špatenková, 2011).

Oběti se setkávají i s násilím ekonomickým, jenž se projevuje omezením přístupu k finančním prostředkům, neposkytnutím peněz na chod domácnosti, naprostou kontrolou nad financemi či zneužíváním majetku oběti (Ševčík & Špatenková, 2011). Oběti musí mnohdy násilného partnera prosit o peníze nebo se na jeho naléhání zadlužit. Některé z nich nemají dovoleno pracovat (Vavroňová & Hronová, 2014).

Další formou domácího násilí je násilí sexuální, jenž můžeme definovat jako kterýkoli druh vynuceného sexuálního kontaktu (Ševčík & Špatenková, 2011). Ten nabývá nejčastěji podoby nedobrovolného pohlavního styku či nepříjemných sexuálních praktik (Vavroňová & Hronová, 2014).

Existuje ještě sociální násilí, které někteří autoři vnímají jako součást násilí psychického. Sociální násilí se projevuje izolací, zakazováním kontaktu s jinými lidmi, využíváním potomků jako prostředků nátlaku na oběť a sledováním každého pohybu oběti (Ševčík & Špatenková, 2011).

## **2 Děti vystavené domácímu násilí**

Tato kapitola se věnuje dětem, jež byly vystaveny domácímu násilí. Stručně se zabývá četností výskytu domácího násilí v rodinách, kde se děti nacházejí, a to jak v České republice, tak v zahraničí. Dále popisuje různé formy vystavení dětí násilí v rodině a diskutuje provázanost domácího násilí s týráním a sexuálním zneužíváním. Na problematiku se krátce dívá z právního hlediska. Následně se zabývá důsledky, které může domácí násilí na dětech zanechat.

### **2.1 Četnost výskytu**

Dle statistických údajů Asociace pracovníků intervenčních center ČR, z.s. vyrůstalo v domácnostech, kde bylo provedeno vykazání násilné osoby v roce 2017, celkem 1392 dětí („Statistické údaje intervenčních center v ČR za rok 2017,“ 2018). V tomto čísle však nejsou zahrnuty rodiny, v nichž bylo při řešení jejich situace uplatněno jiné opatření než vykazání, a existuje také mnoho neohlášených případů domácího násilí v rodinách s dětmi (Sobotková, 2016). Domácí násilí má totiž vysokou míru latence. Jen zlomek případů je odhalen a řešen mimo rodinu, v níž se násilí odehrává (Pokorná & Matoušek, 2017).

Ani v zahraničí není domácí násilí v rodinách s dětmi ničím výjimečným. Statistiky z USA za rok 2011 například ukazují, že za poslední rok bylo domácímu násilí vystaveno více než 8 milionů dětí a dospívajících. Někdy v průběhu svého života se s tímto jevem setkalo dokonce téměř 19 milionů dětí a dospívajících. Většina těchto jedinců byla navíc očitými svědky útoků (Hamby, Finkelhor, Turner & Ormrod, 2011).

### **2.2 Formy vystavení dítěte domácímu násilí**

Jak již bylo zmíněno v úvodu práce, vystavení dětí domácímu násilí nemá jen jednu podobu. Existuje mnoho násilných situací, do nichž se mohou tyto děti v rodinném prostředí dostat, a způsobů, jakými se v nich mohou aktéři zachovat. V literatuře je běžné rozdělení forem vystavení domácímu násilí na dvě kategorie. Do kategorie nepřímých obětí spadají ty děti, které zažívají domácí násilí výhradně v roli svědka přítomného násilnému jednání vůči jednomu z pečovatelů. V kategorii přímých obětí se nacházejí děti, které se současně stávají obětí útoků pachatele (Metodické doporučení MPSV č. 3/2010 k postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech domácího násilí, 2010).

V zahraniční literatuře najdeme podrobnější rozdělení těchto forem vystavení. Holden (2003) uvádí deset kategorií, lišících se mírou a způsobem zapojení dítěte do útoků:

- dítě je násilí vystaveno prenatálně (matka je obětí násilí již v těhotenství)

- dítě zasahuje (snaží se verbálně či fyzicky zabránit násilí)
- dítě je současně viktimizováno (během incidentu je např. zraněno či uhozeno)
- dítě se zapojuje (donáší, posmívá se, účastní se týrání, obvykle je k tomu pachatelem donuceno, v některých případech se s pachatelem identifikuje)
- dítě pozoruje útok (je přítomno v prostoru, kde se incident odehrává, vidí ho)
- dítě slyší útok (nachází se v jiné místnosti, útok nevidí, ale slyší křik, nadávky, výhrůžky či rozbití předmětů)
- dítě pozoruje okamžité následky (zranění, pláč matky, rozbité předměty, příjezd policie či záchranné služby)
- dítě následkem domácího násilí zažívá změny v životě (deprese a posttraumatický syndrom matky, odloučení od otce, pobyt v azylovém domě, změna způsobu výchovy, změna bydliště a školy)
- dítě se o domácím násilí doslechne (od matky, sourozence, širší rodiny, sousedů)
- dítě údajně o domácím násilí neví (útoky se odehrávají v nepřítomnosti či době spánku dítěte)

Většina dětí zasažených domácím násilím není tomuto jevu vystavena pouze jedním způsobem. Častá je kombinace či postupné vystřídání několika forem.

### **2.3 Provázanost domácího násilí s týráním a sexuální zneužíváním dítěte**

Domácí násilí se v mnoha rodinách vyskytuje současně s týráním či sexuální zneužíváním dětí. Četné výzkumy ukazují, že u týrání tomu tak může být ve 30 až 60 % případů (Appel & Holden, 1998). Jen málo studií se oproti tomu doposud zabývalo současným výskytem domácího násilí a sexuálního zneužívání dětí. Jejich výsledky naznačují, že k prolínání těchto dvou jevů dochází přibližně ve 4 až 10 % případů (Holden, 2003). Můžeme tedy říci, že domácí násilí je významným ukazatelem rizika týrání dětí a v menší míře i jejich sexuálního zneužívání.

U dětí vystavených současně domácímu násilí a týráním se navíc projevuje tzv. efekt oběti dvojí pohromy (*Double Whammy effect*). U těchto dětí je větší riziko výskytu internalizujících problémů než u dětí, které byly pouze týrané nebo pouze svědky domácího násilí. U dětí ve věku od čtyř do devíti let platí stejné riziko i u externalizujících problémů (Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb & Guterman, 2006).

Existují také stále častější úvahy o tom, že všechny děti vystavené domácímu násilí by měly být automaticky považovány za děti týrané (Pokorná & Matoušek, 2017). Opírají se o názor, že přítomnost dítěte u týrání jedné pečující osoby druhou může být považováno za formu psychického týrání (Holt, Buckley & Whelan, 2008).

## **2.4 Děti vystavené domácímu násilí z pohledu práva**

V Trestním zákoníku najdeme v souvislosti s domácím násilím ustanovení Týrání osoby žijící ve společném obydlí (§ 199) a Týrání svěřené osoby (§ 198). Ta se ovšem nevztahují na děti, které byly pouze svědky, nikoli přímými oběťmi násilí.

Speciálně na děti, které se staly nepřímými oběťmi domácího násilí, se zaměřuje Zákon č. 134/2006 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Sociálně-právní ochrana se zde tedy vztahuje i na děti, které jsou „*ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, případně násilím mezi dalšími fyzickými osobami.*“

Asi nejpodstatnějším zákonem v této oblasti je Zákon č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím účinný od roku 2007. Ten významně přispěl k propojení postupů složek důležitých pro ochranu před domácím násilím, a to policie, justice a sociálních služeb. Zákon umožňuje příslušníkům policie násilnou osobu vykázat na 10 dní ze společného příbytku. Po dobu vykázání násilné osoby pracovníci intervenčních center poskytují psychosociální a právní poradenství ohroženým osobám včetně dětí, a pomohou jim tak nahlédnout do možných způsobů řešení vzniklé situace.

## **2.5 Důsledky vystavení domácímu násilí**

Přestože informovanost společnosti o negativních důsledcích přihlížení domácímu násilí na děti stoupá, ještě stále se setkáváme s mýty. Mezi nejčastější z nich můžeme zařadit názor, že se násilí mezi rodiči dětí nijak nedotýká, protože mu nerozumí nebo ho ani nevnímají. Dokonce ani v odborných kruzích se tímto tématem dlouho nikdo nezabýval. Odborníci se zaměřovali spíše na ženy v násilných vztazích, nebo na děti týrané a zanedbávané. První případové studie věnující se dětem v souvislosti s domácím násilím se začaly objevovat v 70. letech minulého století (Kitzmann, Gaylord, Holt & Kenny, 2003). První systematické empirické studie na toto téma však byly provedeny až v 80. letech. Právě v této době se výzkum začal zaměřovat na identifikaci problémů těchto dětí (Pokorná & Matoušek, 2017). Již v prvních přehledových studiích se ukázalo, že u dětí existuje pozitivní korelace mezi vystavením domácímu násilí a agresivním chováním, depresivitou,

úzkostností, zhoršenými sociálními kompetencemi a školními výsledky (Fantuzzo & Mohr, 1999).

V současnosti již víme, že domácí násilí má pro děti mnohé negativní důsledky, ať už jsou pouze v roli svědka, nebo se též stávají přímou obětí pachatele, a přispívá k jejich celkové deprivaci (Vargová, Pokorná & Toufarová, 2008). Tyto důsledky zaznamenáváme v oblasti fyzické, psychické i sociální a jedince mohou provázet celým životem.

### **2.5.1 Fyzická oblast**

Výrazné negativní následky jsou patrné v oblasti fyzického stavu a zdraví. Pokud k útokům na matku dochází v průběhu těhotenství, mohou se první komplikace objevit již v prenatálním a perinatálním období v podobě nízké porodní váhy, předčasného porodu či samovolného potratu (Matoušek, 2017).

U dětí se častěji než u dospělých objevuje somatizace, a tudíž v důsledku psychické zátěže trpí nejrůznějšími onemocněními a poruchami. Jde například o bolesti hlavy či břicha, záněty uší, střevní potíže, alergie, astma, enurézu, sebepoškozování, sníženou imunitu, poruchy příjmu potravy či spánkové poruchy (Pokorná & Matoušek, 2017). Psychobiologické výzkumy navíc udávají vyšší hladinu stresových hormonů (Saltzman, Holden & Holahan, 2005).

Zdraví těchto dětí nadměrně ohrožují také úrazy. V některých případech je pachatel záměrně fyzicky napadá, jindy se děti pouze přimotají do útoku za účelem obrany nenásilného rodiče. Úraz může způsobit rovněž letící předmět. Tyto incidenty mohou být o to nebezpečnější v extrémně izolovaných rodinách, kde pachatel zakazuje ostatním členům domácnosti navštěvovat lékaře. V rodinách s domácím násilím dochází také k nepřiměřeným fyzickým trestům jak ze strany pachatele, tak ze strany oběti, která nemá kapacitu řešit výchovné problémy nenásilným způsobem (Pokorná & Matoušek, 2017).

### **2.5.2 Oblast vývoje a vzdělávání**

Vystavení domácímu násilí ohrožuje děti i v oblasti vývoje a vzdělávání. U menších dětí si můžeme všimnout opoždění vývoje řeči, hygienických návyků a sebeobsluhy, psychomotoriky, hry nebo kresby (Pokorná & Matoušek, 2017). Studie dále nasvědčují, že domácí násilí má souvislost s potlačením inteligenčního kvocientu dětí (Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor & Purcell, 2003).

Nestabilní prostředí, v němž děti žijí, může mnohdy souviset s rozvojem hyperaktivity, poruchy pozornosti a specifických poruch učení (Pokorná & Matoušek, 2017). Tyto děti se obtížně koncentrují, což ústí v nedostatečnou přípravu na výuku.

Všechny tyto faktory přinášejí komplikace v oblasti školní úspěšnosti, které mohou mít negativní dopad na vnímanou osobní účinnost a sebepojetí. Těmto obtížím pak často v rodině zasažené násilím nikdo nevěnuje pozornost, ať už z důvodu nedostatku zájmu či energie a času. Není tedy divu, že tyto děti zanechávají vzdělávání dříve než jejich vrstevníci pocházející z nenásilných rodin (Buckley, Holt & Whelan, 2007).

Některé děti však na rodinnou situaci reagují zcela odlišně. Ve škole mají výborný prospěch a díky své předčasné vyspělosti bývají popisováni jako „malí dospělí“ (Pokorná & Matoušek, 2017).

### **2.5.3 Vztahová oblast**

Vystavení domácímu násilí má nepochybně své důsledky i v oblasti mezilidských vztahů. Děti z násilných rodin mívají komplikované vztahy k rodičům vyznačující se především ambivalencí (Pokorná & Matoušek, 2017). Pokud je pachatelem otec, děti k němu často cítí náklonnost, ale současně z něj mají strach (Vargová, Pokorná & Toufarová, 2008). V dospělosti jsou pak pro ně charakteristické rozporuplné pocity. Kontakt s otcem často odmítají, ale současně touží po jeho zájmu, přijetí, uznání chyb a změně. Někdy se také obávají, aby v partnerských vztazích neopakovali jeho chování (Barvíková & Palonciová, 2016). Vztah k nenásilnému rodiči, nejčastěji tedy k matce, se obvykle vyznačuje nejistou vazbou (Pokorná & Matoušek, 2017). Matku mají děti zpravidla rády, vnímají ji však jako slabou a nerespektují ji. V některých případech ji mohou vyčítat odchod od otce, kterého dříve sama obhajovala, a sociální propad po příchodu do azylového domu (Wünschová, 2009). Některé starší děti se samy vůči matce chovají násilně (Ulman & Straus, 2003).

Ambivalence vstupuje také do sourozeneckých vztahů. Mnohdy si sourozenci z násilných rodin poskytují vzájemnou oporu, ale jindy se v jejich vztazích objevuje násilí (Pokorná & Matoušek, 2017). Waddell, Pepler a Moore (2001) naopak zjistili, že sourozenci z násilných rodin naopak vykazují méně agresivního chování a více vzájemné podpory než sourozenci bez zkušenosti s domácím násilím.

Komplikované jsou dále vztahy k vrstevníkům. Děti vystavené domácímu násilí se sice dle některých výzkumů neliší od svých vrstevníků v počtu přátel a frekvenci kontaktu s nimi, cítí se však osaměleji a zažívají v přátelských vztazích více konfliktů (McCloskey & Stuewig, 2001). Ve vztahu k vrstevníkům se objevuje i agresivní chování. Bylo zjištěno, že u jedinců dopouštějících se šikany je zvýšená pravděpodobnost, že byli svědky domácího násilí (Wilkins, Tsao, Hertz, Davis & Klevens, 2014). Navazování přátelských vztahů jim může znesnadňovat také snížená míra empatie. Jiné děti se naopak uzavírají do sebe, mají

slabší sociální dovednosti a v kolektivu se snadno dostávají do pozice oběti šikany. Starší děti se za rodinnou situaci obvykle stydí, a proto ji tají. V období dospívání se často stávají součástí part provozujících rizikové aktivity. Konzumují alkoholické nápoje, užívají jiné návykové látky a chovají se promiskuitně (Pokorná & Matoušek, 2017).

Jedinci vystavení domácímu násilí v dětství jsou ohroženi transgeneračním přenosem. Studie naznačují, že u mladých jedinců, kteří byli pachatelem či obětí domácího násilí v partnerském vztahu, je pravděpodobnější, že byli také jeho svědky v primární rodině (Wilkins, Tsao, Hertz, Davis & Kleven, 2014).

#### **2.5.4 Emoční a psychosociální oblast**

Následky pozorujeme dále v oblasti emočních a psychosociálních potřeb. Děti mají přirozenou potřebu přiměřené stimulace, smysluplnosti světa, otevřené budoucnosti, jistoty a bezpečí. Právě pocit jistoty a bezpečí je to, co v rodinách, kde probíhá domácí násilí, chybí. Děti se zde často bojí vlastního rodiče či jeho nového partnera. Mladší děti chování dospělých v rodině nerozumí, ty starší se obávají o budoucnost. Dětem v těchto rodinách je navíc mnohdy věnováno nedostatečné množství pozornosti. Pachatel o ně nejeví zájem, oběť je vyčerpaná útoky a na stimulaci dětí nemá sílu a čas (Pokorná & Matoušek, 2017).

U dětí vystavených domácímu násilí se projevuje úzkostnost (Fantuzzo & Mohr, 1999), pocity méněcennosti a beznaděje (de la Vega, de la Osa, Ezpeleta, Granero & Domènec, 2011) a nízká sebeúcta (Ševčík & Špatenková, 2011). Děti z agresivního prostředí se také stávají necitlivé nebo naopak příliš citlivé k násilí (Øverlien, 2010).

Děti mají dále potřebu osobní identity, která se jim však teprve utváří. Zvláště do určitého věku se učí zejména nápodobou dospělých a přejímají chování rodičů. V rodinách, kde pravidelně dochází k domácímu násilí, se pak často ztotožní s osobou pachatele či oběti. Proto je vhodné, aby tyto děti měly ve svém životě jiné významné dospělé, a to například z širší rodiny, školy, zájmového kroužku či terapie (Bentovim, 1998; Matějček, Bubleová & Kovařík, 1997).

#### **2.5.5 Psychické trauma**

Jedním ze závažných následků vystavení dítěte domácímu násilí je psychické trauma. To můžeme definovat jako „zážitek krajního ohrožení spojený s intenzivním strachem, se kterým se dítě nebo dospělý nedokáže v krátké době vyrovnat“ (Matoušek, 2017, s. 13). Vystavení domácímu násilí patří mezi komplexní traumata, tedy mnohonásobné, dlouhotrvající, opakující se traumatické události, které jsou nejčastěji interpersonálního charakteru a objevují se v raných stádiích života. Bylo pojmenováno šest oblastí, v nichž se



může poškození v souvislosti s komplexním traumatem projevit. Jsou jimi afektivní regulace (zvládání vzteku, sebepoškozování), zpracování informací (pozornost, studijní obtíže, vědomí – amnézie, disociace), sebepojetí (vina, stud), behaviorální kontrola (agresivita, užívání návykových látek), interpersonální vztahy (důvěra, intimita) a biologické procesy (somatizace, opoždění senzomotorického vývoje; Cook et al., 2005). U psychických traumat se objevuje kumulativní efekt, tzn. čím více traumatických událostí jedinec v dětství prožije, tím závažnější jsou jejich následky (Wilkins et al, 2014).

Děti vystavené domácímu násilí prožívají různé traumatické symptomy. Mezi ty nejcharakterističtější patří opakující se znovuprožívání traumatických událostí ve snech nebo flashbaccích, emoční stažení a zvýšená úroveň aktivace. Ta se projevuje zejména podrážděností, poruchami usínání a přehnanou úlekovou reakcí (Caldwell, 2014).

Výzkumné studie naznačují, že mezi 13 a 50 % dětí vystavených domácímu násilí vykazuje symptomy odpovídající diagnóze posttraumatické stresové poruchy (Margolin & Vickerman, 2007).

#### **2.5.6 Pozdní následky**

Negativní zkušenosti z dětství a dospívání mohou na svědcích domácího násilí zanechat stopy ještě dlouho poté, co byli násilí v primární rodině naposledy vystaveni. Jedním z dlouhodobých důsledků je výše zmíněný transgenerační přenos. S ním souvisí i rodičovské kompetence. U rodičů, kteří sami v dětství zažili domácí násilí, se v mnoha případech objevuje snížená schopnost rozpoznat emoce dítěte a adekvátně na ně reagovat. Tito rodiče mohou být méně citliví na traumatizující vlivy působící na jejich potomky. I proto nemusí být schopni je před takovými vlivy chránit (Cohodes, Hagan, Narayan & Lieberman, 2016). Na násilné zážitky jsou totiž již adaptovaní a mohou je považovat za normu (Štěpaník, 2017).

Mezi dlouhodobé následky traumatu v dětství patří dále deprese, alkoholismus a užívání návykových látek (Matoušek, 2017). V souvislosti s tím se rovněž častěji objevují suicidální pokusy (Rajalin, Hirvikoski & Jokinen, 2013). Navíc průměrná délka života jedinců, kteří v dětství zažili více než pět typů nepříznivých událostí, mezi něž můžeme řadit mnoho dětí zasažených domácím násilím, je o 20 let kratší než lidí, kteří vyrůstali v příznivějším prostředí (Wilkins et al, 2014).

### 3 Resilience

Tato kapitola se zabývá resiliencí. Nejdříve se zaměří na vymezení pojmu resilience a jeho pojetí v české i zahraniční odborné literatuře. Dále seznamuje čtenáře s resiliencí u dětí a jejími charakteristikami. Následně se věnuje resilienci u dětí, které byly vystaveny domácímu násilí. Popisuje protektivní a rizikové faktory, které na tyto děti působí, a představuje nejčastější strategie zvládání zátěže. Čtenářům představuje poznatky relevantních studií.

#### 3.1 Pojetí a definice resilience

Na koncept resilience bylo v počátcích jeho výzkumu u dospělých i u dětí pohlíženo jako na relativně trvalý rys osobnosti. Ten měl jedince předurčovat k tomu, jak se v životě bude schopen vypořádat s nepříznivými okolnostmi. Teprve poté došli odborníci k závěru, že se jedná spíše o dynamický proces, jenž se proměňuje v čase a je ovlivněn mnoha různými faktory a mechanismy. Statický model resilience se tedy postupně proměnil v model dynamický (Šolcová, 2009).

V některých zahraničních pramenech se setkáváme s rozlišením pojmů *resiliency* a *resilience*. První z nich má představovat osobnostní charakteristiku přítomnou v jedinci i v případě, že nebyl vystaven nepříznivým událostem. Druhý pojem zde označuje dynamický jev, k jehož rozvoji je nezbytné překonání těchto událostí (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). V tomto rozlišení však nepanuje shoda a v českém prostředí se tyto termíny nerozlišují vůbec. Vzhledem k zaměření práce na posilování resilience jsme se tedy rozhodli řídit doporučením Šolcové (2009) a s pojmem resilience pracovat spíše jako s výše zmíněným dynamickým procesem.

Než přejdeme k definici resilience, zmíníme některá negativní stanoviska k tomuto konceptu. Někteří autoři považují resilienci za termín nadbytečný (Kaplan, 1999; Tarter & Vanyukov, 1999, podle Šolcová, 2009), popřípadě kritizují původ pojmu v přírodních vědách a nejasnosti ohledně jeho vztahu k dalším pojmům (Boyden & Mann, 2005).

Samotná definice resilience není jednotná. Jejich přehled s cílem dosažení obsahového konsenzu vypracoval v roce 2011 kolektiv autorů z Kanady. Bylo zjištěno, že definice resilience obvykle odkazují k „*pozitivní adaptaci nebo schopnosti si zachovat či znovu získat duševní zdraví navzdory prožívání nepříznivých událostí*“ (Herrman, Stewart, Diaz-Granados, Berger, Jackson & Yuen, 2011, s. 258). Z důvodu zaměření práce na děti zmiňujeme ještě další vymezení resilience jako „*normálního vývoje v obtížných podmínkách*“ (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt & Target, 1994, s. 233).

Pro konkrétnější představu o tom, jaké schopnosti a dovednosti dělají jedince resilientním, uvádíme charakteristiky resilience dle Brookse a Goldsteina (2001). Jsou jimi schopnost efektivně se vypořádat se stresem, zvládat výzvy, zklamání, nepříznivé okolnosti a traumata, stanovit si jasné a realistické cíle, řešit problémy, interagovat s druhými lidmi a chovat se k nim i sobě samému s respektem.

### **3.2 Resilience u dětí**

Snad první, kdo se hlouběji zabýval resiliencí u dětí, byla americká psycholožka Emmy Werner. V roce 1955 započala na ostrově Kauai longitudinální výzkum na souboru 700 dětí, které sledovala dalších čtyřicet let. Podrobněji se zaměřila především na děti vyrůstající v nepříznivých podmínkách. Zjistila, že přibližně třetina zmíněných dětí se i přes tyto podmínky vyvíjela pozitivně. Nazývala je zranitelnými, ale nezdolnými. Povzbuzující skutečností navíc je, že i některým vysoce rizikovým jedincům, kteří v dětství a dospívání do této kategorie nepatřili, se začalo dařit lépe s přibývajícím věkem (Werner, 2005).

V podobné době začalo být i v českém prostředí upozorňováno na to, že děti reagují na nepříznivé okolnosti v životě různým způsobem. Langmeier a Matějček (2014) hovořili o pěti typech deprivovaných dětí rozdělených dle svých projevů. Jeden z nich nazvali typem relativně dobře přizpůsobeným. Děti spadající do této kategorie se vypořádaly s negativními prožitky bez větších pozorovatelných obtíží a i z podnětově chudého prostředí dokázaly vytěžit mnoho. Měly jen zranitelná místa projevující se při silné zátěži, pozorovatelné nejčastěji při odchodu z dětského domova. Tyto děti bychom dnes patrně nazvali resilientními.

V současné době máme k dispozici detailnější charakteristiku resilientních dětí. Tyto děti se cítí milované a přijímané, pohybují se komfortně mezi vrstevníky i dospělými. V životě věnují pozornost a energii spíše těm aspektům, nad kterými mohou mít kontrolu. Věří ve svou schopnost měnit věci k lepšímu. Naučili se stanovit si realistické cíle a očekávání, věří ve svou schopnost činit rozhodnutí a řešit problémy. Dokážou se ocenit za své úspěchy, ale současně uznat úlohu dospělých v jejich dosažení. Překážky a chyby považují za výzvu a nevyhýbají se jim. Znaří a přijímají své slabé stránky, které považují spíše za prostor pro zlepšení než za neměnné nedostatky. Znaří také své přednosti neboli „ostrovy kompetence“ a umí jich adekvátně využívat (Brooks & Brooks, 2015).

Pro tuto práci je klíčové přesvědčení, že každé dítě může být resilientní, pokud je jeho resilience vhodně posilována a rozvíjena (Crenshaw & Kelly, 2015).

### **3.3 Resilience u dětí vystavených domácímu násilí**

K porozumění problematice resilience u dětí vystavených domácímu násilí je nezbytné se seznámit s některými pojmy, které s resiliencí úzce souvisí. Těmi nejdůležitějšími jsou protektivní faktory, rizikové faktory a strategie zvládání zátěže. V následujících podkapitolách představíme tyto pojmy a jejich specifika u dětí zasažených domácím násilím.

#### **3.3.1 Protektivní faktory**

S resiliencí úzce souvisí protektivní faktory. Ty pomáhají chránit dítě před poškozením, mírní dopad negativních jevů na jeho život a přispívají k pozitivní adaptaci po setkání s nepříznivou událostí (Alaggia & Donohue, 2018). Protektivní faktory tedy napomáhají rozvoji resilience (Šolcová, 2009).

Některé z těchto faktorů jsou jen těžko modifikovatelné, například proto, že jsou vrozené. Jiné se však do jisté míry pozměnit a posilovat dají, a tudíž je možné s nimi pracovat v rámci intervence. Několik protektivních faktorů jako snad první popsala výše zmíněná Werner. V dnešní době již disponujeme podrobnějším seznamem protektivních faktorů působících na děti ohrožené domácím násilím. Tyto faktory, které shrnul Alaggia a Donohue (2018) můžeme pro větší přehlednost rozdělit do tří skupin.

##### *3.3.1.1 Intrapersonální protektivní faktory*

Mezi intrapersonální (individuální) protektivní faktory patří některé osobnostní vlastnosti a rysy, například tzv. snadný temperament. Děti s tímto typem temperamentu se rychleji adaptují a projevují obvykle pozitivní náladu slabé až střední intenzity (Plomin & Dunn, 2013). Není divu, že ve svém okolí vyvolávají spíše pozitivní reakce. Temperament je však považován za vrozený, a proto jen obtížně měnitelný. Dalším těžko modifikovatelným protektivním faktorem je intelekt (Alaggia & Donohue, 2018).

Mezi faktory, s nimiž je v různé míře možno pracovat, počítáme sebevědomí, nezávislost, akademický úspěch, rozvinuté sociální kompetence, schopnost emoční regulace a sebekontroly, optimismus a pozitivní přístup, motivaci, zaměření na dosažení cíle, schopnost řešení problémů, vynalézavost, nadání, speciální schopnosti, humor, spiritualitu, schopnost rozptýlit se a přesměrovat svou pozornost (např. sportem, četbou či hudbou). Důležitým faktorem dále je, zda dítě přiřazuje odpovědnost za násilí osobě, která je za něj skutečně odpovědná, a zda je odhodláno k přerušení cyklu násilí (Alaggia & Donohue, 2018).

### 3.3.1.2 Interpersonální protektivní faktory

Další skupinou protektivních faktorů je ta, která pramení ze vztahů s druhými lidmi, nejčastěji se členy rodiny. Tato rovina může být zvláště narušena právě u dětí pocházejících z rodin, kde se vyskytlo domácí násilí. I přesto jim však alespoň některé z faktorů může poskytnout nenásilný rodič nebo člen širší rodiny. Někdy se této role zhostí jiný blízký dospělý.

Mezi tyto faktory patří alespoň jedna bezpečná vazba, přístup k alespoň jednomu bezpečnému dospělému, protektivní, vřelá, citlivá a psychicky zdravá matka, podpora rodinného systému, podpora vrstevníků a širšího sociálního okolí (Alaggia & Donohue, 2018).

### 3.3.1.3 Faktory vztahující se k prostředí

Faktory související s prostředím se do jisté míry mohou překrývat s faktory interpersonálními. Patří mezi ně existence bezpečného útočiště, přístupné komunitní zdroje, možnosti úniku z násilného prostředí v podobě postsekundárního vzdělání, vzdělaná matka se stabilním zaměstnáním, spojení se spirituálním světem, víra a působení více kultur (Alaggia & Donohue, 2018).

## 3.3.2 Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou „*enviromentální stresory, které zvyšují u dítěte pravděpodobnost špatné adaptace nebo negativních důsledků v oblasti fyzického zdraví, mentálního zdraví, školního výkonu a sociálního přizpůsobení*“ (Šolcová, 2009, s. 13).

Mezi rizikové faktory u dětí obecně se zpravidla uvádí prožití traumatické události, vystavení násilí a konfliktům v rodině, chudoba, alkoholismus či jiná závislost rodičů nebo duševní onemocnění rodičů (Šolcová, 2009).

Mezi nejvýznamnějšími rizikovými faktory u dětí vystavených domácímu obvykle najdeme depresi matky. Matka trpící depresí mnohdy neprojevuje emoce vhodným způsobem, působí uzavřeně a nepřístupně. To může v dítěti vyvolávat pocity odmítnutí a bezmoci. Predispozice k depresi je navíc mnohdy dědičná, a tudíž ji přítomnost domácí násilí u matky i u dítěte snadno aktivuje (Martinez-Torteya, Anne Bogat, Von Eye & Levendosky, 2009).

Dalším rizikovým faktorem jsou stresující životní události, které jsou častým spouštěčem problémového chování u dětí vystavených domácímu násilí. Náročné životní události totiž zvyšují nároky na dítě i matku, jejíž rodičovské dovednosti mohou být těmito událostmi negativně ovlivněny (Martinez-Torteya et al., 2009).

Mnohdy uváděným rizikovým faktorem u dětí ohrožených domácím násilím je také nízký příjem rodiny. Děti z méně majetných rodin trpí častěji emočními a behaviorálními problémy. Nízký příjem rodiny dále souvisí i s dalšími výše zmíněnými rizikovými faktory (Martinez-Torteya et al., 2009).

### **3.3.3 Strategie zvládání zátěže**

Dalším jevem těsně souvisejícím s resiliencí jsou strategie zvládání zátěže. Jsou to způsoby, jichž jedinec vědomě užívá ke zvládnutí zátěžových situací.

Strategie zvládání zátěže mohou být adaptivního či maladaptivního charakteru. Maladaptivní strategie zahrnují nejčastěji sebepoškozování a agresivní chování vůči druhým lidem. Někdy ale naopak pozorujeme absolutní poslušnost. U dětí se může objevit například také popření traumatizujících zkušeností a vyhýbavé či rigidní chování. V extrémních případech může dojít i k disociaci (Matoušek, 2017).

Pro tuto práci jsou však podstatnější strategie adaptivní, které mohou dítěti pomoci pozitivně se vyrovnat se zkušeností s domácím násilím. Tyto strategie je tedy vhodné posilovat. Patří mezi ně spontánní zvýšení fyzické aktivity za účelem redukce napětí, zklidňující aktivity, jako je meditace, jóga nebo tai-chi, navázání vztahu k alternativnímu pečovateli, rekapitulace traumatu v bezpečném vztahu či spontánní rekapitulace (např. za pomoci hraček). Další strategií je sestavení smysluplného příběhu o traumatické zkušenosti tak, aby dítě porozumělo chování účastníků traumatického zážitku. Pomoci může také smír mezi pachatelem a obětí, převzetí odpovědnosti a omluva na straně pachatele a její přijetí na straně oběti. Tato strategie však předpokládá účast a sebereflexi pachatele (Matoušek, 2017).

### **3.3.4 Vybrané studie**

Děti vystavené domácímu násilí jsou nepochybně ohroženy mnoha rizikovými faktory, které působí na jejich vývoj a zdraví. I přesto se mezi nimi, podobně jako mezi dětmi z ostrova Kauai, najdou resilientní jedinci. Studií zaměřených specificky na tuto problematiku dosud nebylo provedeno mnoho. Dále představujeme ty z nich, které se jeví jako relevantní.

Metaanalýza 118 studií následků domácího násilí pro děti například zjistila, že 63 % dětí vystavených domácímu násilí se sice vyvíjí méně příznivě než děti z rodin, kde se násilí nevyskytuje, ale zbylým 37 % dětí se daří stejně dobře, nebo dokonce lépe. Nepřítomnost či nenalezení závažných potíží u těchto dětí samozřejmě nemusí znamenat, že nejsou domácím násilím nijak ovlivněny. Zdá se však, že si tyto děti dokázaly navzdory rizikovým faktorům rozvinout dostatečnou míru resilience (Kitzmann et al., 2003).

Graham-Bermann, Gruber, Howell a Girz (2009) hledaly u dětí vystavených domácímu násilí faktory odlišující resilientní děti od špatně adaptovaných, tedy neresilientních. Zkoumané děti rozdělily do čtyř skupin – se závažnými problémy s adaptací, bojující (*struggling*), depresivní a resilientní. Do poslední skupiny patřilo 20 % dětí. Zjistily, že resilientní děti byly vystavené domácímu násilí v menší míře a vyskytovalo se u nich méně obav a strachu. Vykazovaly také nižší úroveň depresivity a méně externalizujících a internalizujících problémů. Dále měly vyšší sebehodnocení a sociální kompetence. Matky těchto dětí se chovaly ke svým dětem vřeleji a jejich rodičovství bylo označeno za efektivnější – častěji uplatňovaly vhodnou disciplínu a svým dětem dokázaly stanovit hranice. Tyto matky byly také psychicky zdravější – méně trpěly posttraumatickým syndromem a depresi.

Jak se můžeme dočíst výše, informacemi o rozdílech mezi resilientními a špatně adaptovanými dětmi již disponujeme. Co ale odlišuje resilientní děti vystavené domácímu násilí od pozitivně adaptovaných dětí, které se s ním nikdy nesetkaly? Tuto otázku se pokusila zodpovědět Bowen (2015). Ve svém výzkumu rozdělila téměř 8000 čtyřletých dětí do 4 skupin – resilientní (vystaveny domácímu násilí, vykazující pozitivní adaptaci), neresilientní (vystaveny domácímu násilí, vykazující negativní adaptaci), zranitelné (nevystaveny domácímu násilí, vykazující negativní adaptaci) a kompetentní (nevystaveny domácímu násilí, vykazující pozitivní adaptaci). Bowen zjistila, že kompetentní děti měly více vrstevnických problémů než děti resilientní, a to i přes to, že matky dětí resilientních uvedly vyšší úroveň depresivity a více stresujících životních událostí. U resilientních dětí se také více než u dětí kompetentních objevovala intenzivnější emocionalita, resilientní chlapci byli navíc hodnoceni jako méně ostýchaví. Resilientní děti dále méně interagovaly matčíným partnerem i matkou samotnou.

V resilienci u dětí, které byly vystaveny domácímu násilí, byly nalezeny pohlavní rozdíly. Resilientními byly například častěji shledány dívky. Ukazuje se také, že u dívek hraje významnější roli temperament a pro jejich vývoj je podstatnějším činitelem duševní zdraví matky, především přítomnost deprese. U chlapců se jako důležitější faktor jeví výskyt stresujících životních událostí. Rozdílné prediktory resilience u chlapců a dívek naznačují, že bude k jejímu rozvoji patrně vhodné využít zčásti odlišných intervenčních přístupů (Bowen, 2015; Martinez-Torteya et al., 2009).

## 4 Vybrané přístupy v terapii dětí vystavených domácímu násilí

Tato kapitola se zabývá možnostmi terapie u dětí vystavených domácímu násilí. Nejdříve stručně nahlédne do historie práce s těmito dětmi a seznamuje čtenáře s jejími obecnými principy a cíli. Dále se věnuje vybraným terapeutickým přístupům – kognitivně behaviorální terapii zaměřené na trauma a herní terapii. Popisuje jejich významné aspekty a všímá si způsobů, jimiž napomáhají dětem v rozvoji resilience. V závěru se kapitola zabývá terapií dětí ohrožených domácím násilím v České republice.

### 4.1 Vývoj problematiky

První intervenční programy pro děti vystavené domácímu násilí se začaly v zahraničí objevovat v průběhu 80. let minulého století. Jejich cílem bylo poskytovat těmto dětem podporu a snížit míru jejich problémového chování. Většina intervenčních programů v tomto období ovšem nebyla nijak standardizována a hodnocení jejich výsledků probíhalo převážně neformálně. Vzorky byly navíc malé a složené z participantů různého věku, kteří vykazovali velmi rozdílné problémy a symptomy (Graham-Bermann & Hughes, 2003).

Snad první z metodologicky propracovanějších intervenčních programů vyvinul Hughes (1982). Tento program zahrnoval individuální a skupinové intervence pro děti i jejich matky. Do programu byly zapojeny také školy, které děti navštěvovaly, a pracovníci azylového domu, v němž matky s dětmi v době intervencí přebývaly (Hughes, 1982).

V 90. letech se zájem odborníků rozšířil na další dimenze účinku vystavení domácímu násilí na děti. Začali studovat rozdíly ve zkušenostech a prožívání dětí a jejich matek, hledat vysvětlení mechanismů vlivu domácího násilí na děti a pátrat po souvislostech mezi jednotlivými proměnnými. Někteří výzkumníci zahájili systematické hodnocení účinnosti svých intervencí. Intervenční služby se v této době pomalu začaly rozšiřovat i mimo azylové domy (Graham-Bermann & Hughes, 2003).

### 4.2 Obecné zásady a cíle

V současnosti existuje množství intervenčních a terapeutických programů pro děti ohrožené domácím násilím. Jejich obecné zásady a cíle se však podobají.

K popisu obecných principů práce v této oblasti nám poslouží model RICH (Saakvitne, Gamble, Pearlman & Lev, 2000). Hlavními východisky modelu je *respekt* vedoucí ke korekci negativních zkušeností ve vztazích s dospělými, *informování* ohledně průběhu terapie, očekávání a situace dítěte, *napojení* dítěte a terapeuta a *naděje*, tedy předpoklad, že terapie bude na dítě působit pozitivně (Němcová & Matoušek, 2017).



Pracovník by měl vést rozhovor s dítětem v příjemném prostředí. Informace by mu měl předávat citlivou formou a přiměřeně jeho věku a rozumovým schopnostem, ale vždy jasně a pravdivě. Z důvodu možného zkreslení by se měl vyvarovat sugestivních otázek a užívat co nejvíce otázek otevřených. V dítěti by neměl uchovávat či zvyšovat pocit odpovědnosti a viny. Pokud hovoří o rodičích dítěte, měl by se vyjadřovat pouze k jejich chování, nikoli k jejich osobě jako celku. V průběhu rozhovoru by si měl všimát neverbálních projevů dítěte (Wünschová, 2009). Do práce s dítětem je dále vhodné zapojit metafory a symboly namísto přímé diskuze o traumatické zkušenosti. Doporučuje se také využít dětské tvořivosti a hravosti a práce s tělem (Němcová & Matoušek, 2017).

Mezi obecné cíle terapie dětí vystavených domácímu násilí řadíme obnovení pocitu bezpečí a znovunastolení psychické rovnováhy, práci s emocemi a impulsy, podporu sdělování negativních zážitků, edukaci, vytvoření náhledu na situaci, sejmutí pocitu viny a odpovědnosti, porozumění traumatickým událostem a vyrovnání se s jejich následky. Podstatné je dále snížení pocitu izolace a obnovení důvěry ve vztahu k lidem, konkrétně navázání terapeutického vztahu, renovace vztahu s nenásilným rodičem, případný bezpečný kontakt s násilným rodičem a zařazení do vhodné vrstevnické skupiny. Cílem je rovněž poskytnutí podpory při adaptaci dítěte na nové prostředí a nově vzniklou rodinnou situaci, dítě by se mělo naučit nenásilným řešením konfliktů a strategiím zvládání zátěžových stavů. Významné je dále zvýšení sebevědomí dítěte, navrácení pocitu vlastní hodnoty, budování pozitivní identity, rozvíjení silných stránek a zájmů a možnost zažít přijetí a úspěch. Mezi cíle terapie patří i otevření nových obzorů a poskytnutí naděje do budoucnosti (Groves, 1999; Němcová & Matoušek, 2017; Vargová, Pokorná & Toufarová, 2008; Wünschová, 2015)

#### **4.3 Vybrané terapeutické přístupy**

Mezi nejvyužívanější terapeutické přístupy uplatňované při práci s dětmi ohroženými domácím násilím patří především kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT) a herní terapie. Existují i další přístupy jako společná terapie dítěte a rodiče (Borrego, Gutow, Reicher & Barker, 2008) behaviorální terapie (Cohen, Mannarino, Murray & Igelman, 2006) či biblioterapie (Thompson & Trice-Black, 2012). Těm se však v rámci této práce podrobněji věnovat nebudeme. Je tomu tak z důvodu jejich relativně řídkého výskytu, nebo využitelnosti omezené na určitou věkovou kategorii irelevantní pro empirickou část této práce. Kromě zmíněných druhů terapie existují i specifické programy jako Dětský klub (Cohen et al., 2006), Superhrdinové (Lee, Kolomer & Thomsen, 2012) či

Mantra (An, Kim, Choi, Platt & Thomsen, 2017) věnující se téže problematice a kombinující různé terapeutické přístupy.

#### **4.3.1 Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma**

Kognitivně behaviorální terapie zaměřená na trauma (TF-CBT) je terapeutickým přístupem původně vytvořeným pro práci se sexuálně zneužívanými dětmi (Cohen et al., 2006). Později však začala být aplikována i na zcela odlišné druhy traumatu včetně vystavení domácímu násilí (Cohen & Mannarino, 2008; Cohen, Mannarino & Iyengar, 2011). TF-CBT se využívá v zahraničí, v České republice se dle dostupných informací v terapii dětí vystavených domácímu násilí neuplatňuje (P. Wünschová, osobní e-mailová komunikace, 12. 4. 2018).

Někteří autoři se domnívají, že TF-CBT je úspěšná právě proto, že cílí spíše na specifické symptomy, míru závažnosti traumatu a/nebo vývojovou úroveň dítěte než na konkrétní typ traumatické zkušenosti. Účinnost tohoto přístupu byla navíc ověřena pomocí randomizovaných klinických studií s participanty ve věkovém rozmezí 3 až 17 let (Cohen et al., 2006).

TF-CBT se zaměřuje na symptomy související s traumatem, jako je posttraumatická stresová porucha, deprese, úzkost, stud a sebeobviňování. Cílí rovněž na budování a posilování strategií zvládání zátěže. V souvislosti s domácím násilím se kromě dítěte paralelně věnuje také nenásilnému rodiči. Snaží se posílit jeho rodičovské kompetence a snížit jeho vlastní emoční nepohodu související s traumatickou zkušeností dítěte (Cohen et al., 2006). Ačkoli výzkumy naznačují, že participace rodiče na terapeutickém procesu zvyšuje jeho efektivitu, ukazuje se, že TF-CBT je možné účinně realizovat i v případě, že rodič není k dispozici (Lang, Ford & Fitzgerald, 2010).

Celý proces TF-CBT skládající se z 9 komponent podrobněji popisují Cohen a Mannarino (2008):

- psychoedukace (destigmatizace, poskytnutí informací o rozšíření domácího násilí, vlivu traumatu na člověka, možnostech zotavení se z traumatické zkušenosti...)
- rodičovské dovednosti (např. vymezení hranic, oceňování dítěte, pozitivní pozornost)
- relaxační dovednosti (za účelem zisku pocitu kontroly nad stresovými situacemi, vysoce individuální, např. dýchání, progresivní svalová relaxace,

foukání bublin, jóga, mindfulness, poslech hudby, sportování, zpěv, četba, modlení)

- dovednosti afektivní modulace (podpora vyjadřování emocí, rozvoj sociálních dovedností, rozhodování, řešení problémů)
- kognitivní dovednosti zvládání zátěže (uvědomování si spojitostí mezi myšlením, prožíváním a chováním, identifikace myšlenek, emocí a činů navázaných na negativní události, generování alternativních prospěšnějších myšlenek a postojů, vědomí vlastní kontroly nad myšlením, prožíváním a chováním)
- vyprávění o traumatu a kognitivní zpracování traumatických zkušeností (vyprávění či psaní příběhu, překonání vyhýbání se traumatickým vzpomínkám, identifikace kognitivních zkreslení, kontextualizace traumatického zážitku)
- desenzitizace in vivo (postupná expozice u dětí, u nichž se v důsledku traumatu rozvinulo generalizované vyhýbavé chování)
- společná sezení rodiče a dítěte (rodič a dítě se učí společně hovořit o traumatické zkušenosti, kladou si vzájemně otázky, rodič se učí dítě ujišťovat a chválit za to, že o tématu hovoří)
- posilování bezpečí a trajektorie budoucího vývoje (prevence rizikového chování, tvorba bezpečnostního plánu, značně individuální, záleží na věku dítěte a situaci rodiny)

Vzpomeneme-li si na charakteristiky resilience a protektivní faktory zmíněné v předchozí kapitole a porovnáme-li je s výše popsaným procesem TF-CBT, můžeme si všimnout, že tento terapeutický přístup napomáhá posilování resilience hned několika konkrétními způsoby. Dítěti poskytuje přijetí a bezpečný prostor pro sdílení emocí a zpracování traumatických zážitků, pomáhá mu porozumět zkušenostem s domácím násilím, učí ho dovednostem řešení problémů a rozhodování, navrácí mu pocit kontroly a připravuje ho na případné budoucí rizikové situace. V případě účasti rodiče na terapii posiluje vztah mezi dítětem a rodičem s cílem vytvoření bezpečného vztahu. Pokud se rodič terapie neúčastní, může se bezpečnou dospělou osobou v životě dítěte dočasně stát právě terapeut.

První studii zaměřující se přímo na účinnost TF-CBT při posilování resilience u dětí a dospívajících představili Deblinger, Pollio, Runyon a Steer (2017). Zjistili, že participanti ve věku od 7 do 17 let vykazovali po dokončení TF-CBT signifikantně vyšší míru

vnímaného zvládání a uspokojivých vztahů. Svou emoční reaktivitu naopak posuzovali po dokončení terapie jako sníženou. Výrazným limitem výzkumu je však absence komparační skupiny, bez níž nelze pozitivní změny bezpečněji přisoudit účasti na TF-CBT (Deblinger, Pollio, Runyon & Steer, 2017). Výzkum se také zaměřuje na děti sexuálně zneužívané, nikoli zasažené domácím násilím.

#### **4.3.2 Herní terapie**

Herní terapie je při práci s dětmi se zkušeností s domácím násilím využívána v zahraničí i České republice. Oblíbená je zejména proto, že hra pro děti představuje přirozený způsob vyjadřování. Pomáhá jim porozumět světu a upravit si realitu tak, aby pro ně byla lépe pochopitelná a zvládnutelná. Jejím prostřednictvím mohou děti zažít pocit kontroly nad situací, který ve světě dospělých, zvláště pokud je ovládán domácím násilím, obvykle nemají. Pomocí hry se učí různým sociálním a emočním dovednostem potřebným k dosažení pozitivní adaptace. Dospělým pomáhá nahlédnout do vnitřního světa a potřeb dítěte (Ahuja & Saha, 2016).

Názory na vhodnost herní terapie pro různé věkové kategorie se nejsou jednotné. Ještě v polovině minulého století považovali někteří autoři tento terapeutický přístup ve své tehdejší podobě za vhodný pouze pro děti do deseti let. U starších jedinců ho pokládali za omezující (Lebo, 1956). V současnosti se nejčastěji setkáváme s metaanalýzami ověřujícími účinnost herní terapie pro děti ve věkovém rozmezí od tří do třinácti let věku (Ray, Armstrong, Balkin & Jayne, 2015). Herní techniky dnes ovšem množství odborníků využívá i při práci s adolescenty (Breen & Daigneault, 1998; Karcher & Lewis, 2002; Rye, 2008; Wilson & Ryan, 2002) či klienty v dospělém věku (Schaefer, 2003).

Herní terapie může mít formu direktivní (strukturovanou) či nedirektivní (humanistickou, zaměřenou na klienta). V direktivní herní terapii je terapeut tím, kdo řídí proces terapie a vybírá jednotlivé aktivity. V průběhu sezení používá také vybrané techniky kognitivně-behaviorální terapie a arteterapie. Nedirektivní herní terapie je založena na Rogersově přístupu zaměřeném na klienta. Věří, že děti jsou schopny si samy řídit proces své léčby, pokud je jim poskytnut vhodný způsob podpory ve správném prostředí. Terapeut zde poskytuje dítěti nepodmíněné přijetí, pomáhá mu rozvíjet rozhodovací dovednosti a podporuje jeho sebeuvědomění (Ahuja & Saha, 2016; LeBlanc & Ritchie, 2001).

Metaanalýza 93 studií sledujících efektivitu herní terapie potvrdila její účinnost bez ohledu na pohlaví, věk a typ problému, který dítě vykazuje. Metaanalýza prokázala signifikantní efekt herní terapie na internalizující, externalizující i kombinované problémy,

sebepojetí, sociální přizpůsobení, osobnost, adaptabilitu a kvalitu vztahu mezi dítětem a rodičem. Velikost efektu humanistické herní terapie se ukázala být větší než velikost efektu terapie nehumanistické. Možným vysvětlením však může být nízký počet zařazených nehumanisticky zaměřených studií, nikoli menší účinnost tohoto přístupu (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005).

U dětí vystavených domácímu násilí herní terapie výrazně napomáhá k celkovému snížení externalizujících a internalizujících problémů, agrese, úzkosti a deprese. Dále významně zvyšuje sebevědomí (Tyndall-Lind et al., 2001).

Herní terapie existuje ve formě individuální, skupinové a výjimečně také sourozenecké (LeBlanc & Ritchie, 2001; Tyndall-Lind, Landreth & Giordano, 2001). Zapojuje se mnohdy také rodič dítěte, ať už se aktivně účastní hry, nebo s ním terapeut pouze sdílí výstupy z terapie. Většina autorů se k zapojení rodiče přiklání a výzkumy naznačují, že zvyšuje efektivitu terapie (Bratton et al., 2005; LeBlanc & Ritchie, 2001). Wünschová (2015) však upozorňuje na rizika tohoto postupu v případě, že se zájem dítěte výrazně odlišuje od očekávání či přání rodiče. Ze strany rodiče pak může dojít ke znevažování prožitků dítěte, nebo dokonce k ukončení terapie.

Herní terapie posiluje resilienci dítěte zvyšováním jeho sebehodnocení, sebestimace a vnímané osobní účinnosti, umožňuje mu zažít úspěch. Poskytuje dítěti příležitost znovu prožít traumatickou zkušenost v bezpečném prostředí a získat nad ní pocit kontroly. Dále ho vybavuje dovednostmi řešení problémů, rozhodování a komunikace, které mu mohou pomoci vypořádat se s nepříznivými okolnostmi (Ahuja & Saha, 2016). Snižuje také pocity úzkosti, viny a izolace, posiluje vazby k druhým lidem a kreativitu. V rámci herní terapie má dítě rovněž příležitost porozumět svým životním zkušenostem (Seymour, 2015).

## **4.4 Terapie dětí vystavených domácímu násilí v ČR**

### **4.4.1 Centrum LOCIKA**

V České republice se dětem ohrožených domácím násilím věnuje zejména centrum LOCIKA ([www.centrumlocika.cz](http://www.centrumlocika.cz)), které je prvním specializovaným pracovištěm svého druhu v této zemi. Centrum vzniklo v roce 2015 jako projekt mateřské organizace ACORUS, z. ú., jež se domácím násilím rovněž zabývá. Hlavním posláním centra LOCIKA je komplexní práce s dětmi vystavenými domácímu násilí a celým jejich rodinným systémem. Dětem jsou zde k dispozici individuální psychoterapie (od 2 let věku), skupinové psychoterapie (od 6 let věku), skupinové arteterapie (od 4 let věku) či společná terapeutická sezení dítěte a rodiče. LOCIKA se také věnuje psychodiagnostice dětí. Pracovníci centra

navíc připravují děti na výslechy a další náročná jednání a doprovázejí je k nim za účelem ochrany před sekundární viktimizací. Centrum dále poskytuje služby zaměřené na podporu rodičovských kompetencí pro nenásilného i násilného rodiče (Centrum LOCIKA, 2017).

#### **4.4.2 Spolupráce rodiny s centrem LOCIKA**

V současnosti existuje metodika systematické práce s dětmi ohroženými domácím násilím, jež představuje dvě fáze spolupráce rodiny s centrem (Centrum LOCIKA, 2017).

V první fázi dochází k mapování rodinné situace a historie, kontextu a průběhu domácího násilí a jeho vlivu na chování, prožívání, psychosociální vývoj a zdravotní či školní problémy dítěte. Mapují se také rizika dalšího poškození vývoje v podobě transgeneračního přenosu nebo sekundární viktimizace dítěte. Dále je podstatná vazba rodičů s dítětem, úroveň rodičovských dovedností a role dítěte v rodinném systému (Wünschová, 2009). Následně přichází na řadu vyhodnocení situace a tvorba konkrétního individuálního plánu rodiny (Centrum LOCIKA, 2017).

Druhá fáze procesu obsahuje přímou terapeutickou práci s dítětem a podporu rodičovských dovedností (Centrum LOCIKA, 2017).

#### **4.4.3 Práce s dítětem**

Samotná práce s dítětem je v obou výše zmíněných fázích zpravidla realizována formou herních a expresivních technik. Ve fázi mapování jsou využívány především k zorientování se v situaci dítěte a jeho rodiny, častá je zde interpretace herního procesu a finálního výtvaru dítěte. V terapii je významný spíše uzdravný potenciál hry a její role při zpracování traumatické zkušenosti s domácím násilím (Wünschová, 2015).

Úvodní sezení je obvykle zahajováno Scénotestem (Wünschová, 2015). Scénotest je projektivní diagnosticko-terapeutická metoda vyvinutá Gerhildou von Staabs ve 40. letech minulého století za účelem diagnostiky faktorů odpovědných za vznik neurotických poruch. V současnosti se však Scénotest využívá i při terapii dětí s různorodými obtížemi. Metoda se skládá z krabice obsahující sadu rozmanitých figurek (lidí, zvířat, rostlin, dopravních prostředků, nádobí atd.). Za nejpodstatnější jsou považovány právě figurky lidí, které se vzájemně odlišují pohlavím, věkem, velikostí, výrazem v obličeji a oblečením. U těchto figurek je možné nastavit různé pózy a rozličná gesta, a sehrát tak jejich prostřednictvím scény ze skutečného života (Humpolíček, 2013).

V centru LOCIKA staví dítě scénu z herního materiálu volně bez konkrétního zadání, terapeut herní proces zaznamenává a nezasahuje do něj. Následuje rozhovor nad výtvo-

a jeho významem pro dítě. Po pečlivém zvážení a v případě souhlasu dítěte terapeut vytvoř nebo jeho fotografii sdílí s rodičem (Wünschová, 2015).

V průběhu dalších sezení obvykle dochází k terapii hrou v písku (*Sandplay/Sandtray therapy*). Terapie hrou v písku je v mnoha aspektech Scénotestu podobná, pracuje však s širším výběrem projektivních předmětů a poskytuje dítěti možnost tvarování podkladu stavby (Wünschová, 2015).

Wünschová (2015) pro práci s dětmi ohroženými domácím násilím doporučuje aktivnější formu tohoto druhu terapie (*Sandtray therapy*), kdy se terapeut více zapojuje do herního procesu. Dítěti klade otázky týkající se prožívání projektivních figur a předmětů. Pozitivní změnu na herní ploše následně pomáhá přenášet do reality pomocí otázek zaměřených na prožívání dítěte. Na konci sezení dítě rituálně zapaluje svíčku a umísťuje ji na část herní plochy, která je pro něj důležitá. U toho si přeje tři přání.

Terapie dítěte vystaveného domácímu násilí trvá v centru LOCIKA průměrně jeden až dva roky. Pro použití herních technik neexistují v tomto zařízení striktně vymezené věkové hranice. Nutnou podmínkou je pouze dostatečně rozvinutá symbolická funkce, která umožňuje dítěti zapojit se do symbolické hry. Horní hranice není stanovena, využití herní terapie u starších klientů souvisí spíše s individuální motivací a konkrétní situací než se specifickým věkem (P. Wünschová, osobní e-mailová komunikace, 24. 4. 2018).

## 5 Návrh výzkumného projektu

Domácí násilí je rozšířený fenomén, jemuž v posledních několika desetiletích věnují pozornost badatelé z různých oborů. Ačkoli se výzkumy zabývají častěji problematikou dospělých obětí, můžeme najít i množství studií zaměřených na děti, které jsou domácímu násilí vystaveny. Z těchto výzkumů je možné přibližně určit, co děti ohrožené domácím násilím prožívají a jak se chovají, jak tento jev působí na jejich vývoj a jaké následky na nich může do budoucna zanechat. Jen málo studií se však doposud věnovalo jejich resilienci a možnostem terapie. Posilování resilience těchto dětí pomocí terapie se v rámci výzkumu dle dostupných zdrojů zatím nevěnoval téměř nikdo. Vzhledem k vysokému počtu dětí se zkušeností s domácím násilím považují za důležité se věnovat tomu, zda, do jaké míry a jak trvale může terapie posilovat jejich resilienci, a tím i jejich schopnost pozitivní adaptace navzdory nepříznivým událostem.

V literárně-přehledové části práce byla představena teoretická východiska pro práci s dětmi vystavenými domácímu násilí a posilování jejich resilience. V následující části práce bude navržen výzkum porovnávající změny v míře resilience u dětí, které absolvovaly terapii, a dětí, jež z různých důvodů na terapii nedocházely.

### 5.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je porovnání dvou skupin dětí, které se ve svých rodinách setkaly s domácím násilím. Experimentální skupinu budou tvořit děti, jež absolvovaly terapii, do komparační skupiny budou patřit děti, které na terapii z různých příčin nedocházely. Měření resilience proběhne u obou skupin dvakrát – před započítím terapie (první měření) a po roce, v době jejího ukončení (druhé měření).

Za cíl si klademe srovnání změn v míře resilience u těchto skupin v době ukončení terapie experimentální skupiny. U dětí z této skupiny předpokládáme za dobu konání terapie významnější zvýšení míry resilience oproti skupině komparační.

Klademe si za cíl zodpovědět následující výzkumné otázky:

1. K jaké změně skóre v dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty došlo mezi prvním a druhým měřením u experimentální skupiny?
2. K jaké změně skóre v dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty došlo mezi prvním a druhým měřením u komparační skupiny?
3. Porovnáme-li skóre v dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty z prvního a druhého měření, jak se liší dosažené změny u první a druhé skupiny?



Výzkumné hypotézy:

H1<sub>0</sub>: Experimentální skupina nedosahuje v dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty při druhém měření statisticky signifikantně vyššího skóru oproti měření prvnímu.

H1<sub>A</sub>: Experimentální skupina dosahuje v dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty při druhém měření statisticky signifikantně vyššího skóru oproti měření prvnímu.

H2<sub>0</sub>: Komparační skupina nedosahuje v dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty při druhém měření statisticky signifikantně vyššího skóru oproti měření prvnímu.

H2<sub>A</sub>: Komparační skupina dosahuje v dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty při druhém měření statisticky signifikantně vyššího skóru oproti měření prvnímu.

H3<sub>0</sub>: Nalezená difference mezi jednotlivými měřeními se u experimentální a komparační skupiny statisticky signifikantně neliší.

H3<sub>A</sub>: Nalezená difference mezi jednotlivými měřeními se u experimentální a komparační skupiny statisticky signifikantně liší.

## 5.2 Design výzkumného projektu

Pro náš návrh výzkumného projektu jsme zvolili výzkumný design v podobě kvaziexperimentu s jednou experimentální a jednou komparační skupinou tvořenou dětmi ve věku od 10 do 13 let, které byly vystaveny domácímu násilí. Sběr dat provedeme kvantitativně, konkrétně formou dotazníkového šetření.

Prvním krokem výzkumu je oslovení jednotlivých zařízení v České republice, které se věnují problematice domácího násilí. Ústřední organizací, jejíž spolupráce je pro realizaci výzkumu esenciální, je centrum LOCIKA. Zde získáme přístup ke skupině dětí, které absolvují terapii (viz podkapitola 4.4 Terapie dětí vystavených domácímu násilí v ČR). Podstatná je rovněž kooperace s dalšími zařízeními zabývajícími se obětmi domácího násilí, jako jsou Intervenční centra nebo organizace ACORUS, z. ú., ROSA či Bílý kruh bezpečí. Jejich prostřednictvím navážeme spolupráci s rodinami, kde děti do terapie z rozličných důvodů docházet nebudou.

Po získání souhlasu zákonného zástupce s účastí dítěte na výzkumu a současně před započatím terapie experimentální skupiny dojde k první administraci dotazníku. Ten bude dítě vždy vyplňovat individuálně za přítomnosti vyškoleného administrátora, který nebude

obeznačen s výzkumným záměrem. Administrátor dítěti dále pomůže s případnými nejasnostmi. Dítě si zvolí svou osobní značku či obdrží od administrátora číslo tak, aby si zachovalo anonymitu a současně bylo možné vyplněné dotazníky při vyhodnocování spárovat. Po roce, v době ukončení terapie experimentální skupiny administrujeme dotazník podruhé. Tím zjistíme změny v míře resilience v rámci jednotlivých skupin a rozdíly mezi nimi. Následně dojde ke zpracování dat a jejich interpretaci.

### **5.3 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor bude tvořen dětmi ve věkovém rozmezí od 10 do 13 let, které byly vystaveny domácímu násilí a v současnosti jím již ohroženy nejsou. Důvodem k výběru dětí v tomto věkovém rozmezí je jejich způsobilost k absolvování vybraného druhu terapie a současně jejich předpokládaná dostatečná vyspělost pro sebezposuzování. Schopnost sebezposuzování v tomto věkovém období předpokládá i zvolený dotazník, jenž stanovuje spodní hranici 9 let.

Výběr dětí bude realizován kriteriálně. Nutnými podmínkami pro zařazení do výzkumu bude příjem nenásilného rodiče s dítětem do zařízení zabývajících se obětmi domácího násilí a souhlas zákonného zástupce s účastí dítěte na výzkumu. Je samozřejmě nezbytné, aby s účastí souhlasilo i dítě samotné. Podmínkou je rovněž nepřítomnost kognitivních deficitů u dítěte a rozumová vyspělost alespoň na úrovni 10 let.

Experimentální skupinu, tedy děti, které budou samy navštěvovat terapii, získáme prostřednictvím centra LOCIKA, popřípadě organizace ACORUS, z. ú. Komparační skupinu tvořenou dětmi, které samy terapii neabsolvují, jsme se rozhodli získat prostřednictvím organizací, v nichž dochází k prvotnímu záchytnu obětí domácího násilí či terapeutické práci s nenásilným rodičem. Jedná se například o organizace ROSA, ACORUS, z. ú., Bílý kruh bezpečí či Intervenční centra. Tyto dvě skupiny o sobě navzájem nebudou vědět.

Při sestavování výzkumného vzorku budeme dále zjišťovat to, zda je terapie poskytována rodičům těchto dětí. Cílem je dosáhnout v experimentální a komparační skupině podobného počtu dětí, jejichž rodiče docházejí na terapii. Domníváme se totiž, že změny, které se odehrávají v životě rodiče následkem terapeutické intervence (např. změny v prožívání a vyjadřování emocí nebo v úrovni rodičovských kompetencí), mohou významně působit i na dítě.

Vzorek bude tvořen alespoň dvaceti jedinci v každé skupině. Nízký počet respondentů předpokládáme z kapacitních důvodů výše uvedených zařízení, zvoleného úzkého věkového rozmezí dětí a možného nezájmu oslovených jedinců o účast na výzkumu.

## 5.4 Výzkumné metody

Pro měření resilience v našem návrhu výzkumu jsme vybrali dotazník Škály resilience pro děti a adolescenty (*Resiliency Scales for Children and Adolescents*). Autorkou dotazníku je psychologka Sandra Prince-Embury, která ho také standardizovala pro americkou populaci. U dotazníku byla prokázána vysoká reliabilita a souběžná kritériální validita (Prince-Embury, 2007).

Dotazník Škály resilience pro děti a adolescenty byl v době tvorby této práce jedinou standardizovanou metodou zaměřenou na resilienci u dětí a dospívajících dostupnou v českém jazyce. Přeložen byl v rámci diplomové práce na Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Štefková, 2015).

Škály resilience pro děti a adolescenty je sebesposuzovací dotazník pro respondenty ve věku od 9 do 18 let. Jsme si samozřejmě plně vědomi limitů, které sebesposuzování u dětí přináší. Přesto jsme se však rozhodli tuto metodu pro náš návrh výzkumného projektu zvolit. Důvodem k využití sebesposuzovacího dotazníku i přes jeho četná omezení je silná převaha výzkumů, v nichž resilienci dětí posuzují dospělí z jejich okolí, zpravidla rodiče či pedagogové. Boyden a Mann (2005) považují tuto všeobecnou tendenci za problematickou zejména proto, že dospělí mají mnohdy na nepříznivé události velmi odlišný pohled. Důsledkem je, že nedisponujeme dostatečným množstvím relevantních poznatků o dětském vnímání, prožívání a zvládání těchto událostí. Dětské hledisko je ovšem pro naši práci klíčové.

Dotazník obsahuje celkem 64 položek hodnocených na pětibodové Likertově škále (nikdy, málokdy, někdy, často, velmi často). Tyto položky jsou rozděleny do tří hlavních škál, které se dále dělí do několika níže uvedených subškál:

### 1. Škála zvládání (*Sense of Mastery Scale*):

- Subškála optimismu (*Optimism Subscale*):
  - měří pozitivní či negativní atribuční styl, sebehodnocení, vnímání kontroly nad životem, vnímání perspektiv do budoucnosti

- např. „*Život je spravedlivý.*“, „*Díky mně se dějí dobré věci.*“, „*Mám kontrolu nad tím, co se mi děje.*“, „*Budou se mi dít dobré věci.*“
- Subškála vnímané vlastní účinnosti (*Self-Efficacy Subscale*):
  - měří sebehodnocení týkající se řešení problémů, rozhodování, adaptace na změny, překonávání překážek, vytrvalosti při dosahování vytyčených cílů
  - např. „*Dělám věci dobře.*“, „*Umím dávat věci do pořádku.*“, „*Umím se dobře rozhodnout.*“, „*Když nejsem úspěšný/á hned napoprvé, nevzdávám to.*“
- Subškála přizpůsobivosti (*Adaptability Subscale*):
  - měří schopnost nechat si pomoci od druhých osob a říct si o ni, poučit se ze svých chyb, akceptovat zpětnou vazbu
  - např. „*Umím se poučit ze svých chyb.*“, „*Umím si říct o pomoc, když ji potřebuji.*“

## 2. Škála uspokojivých vztahů (*Sense of Relatedness Scale*):

- Subškála sociálního pohodlí (*Social Comfort Subscale*):
  - měří to, jak se jedinec cítí v přítomnosti dalších lidí, jak vnímá svou schopnost navázat nové mezilidské vztahy
  - např. „*Snadno si najdu nové kamarády.*“, „*Lidé mě mají rádi.*“, „*Mezi lidmi se cítím dobře.*“
- Subškála dostupné opory (*Access to Support Subscale*):
  - měří vnímanou sociální oporu jedince, existenci blízkých osob z řad rodinných příslušníků a kamarádů, možnost svěřit se, říct si o pomoc
  - např. „*Mám dobrého kamaráda nebo dobrou kamarádku.*“, „*Když se mi stane něco špatného, umím si říct rodičům o pomoc.*“, „*Když jsem zklamaný nebo naštvaný, můžu si s někým promluvit.*“
- Subškála důvěry (*Trust Subscale*):
  - měří důvěru v druhé osoby a pozitivní emoce vůči nim, zájem o trávení času s druhými lidmi, vnímané přijetí druhými lidmi

- např. „*Lidé se ke mně chovají pěkně.*“, „*Můžu důvěřovat ostatním.*“, „*Můžu dát ostatním najevo, jak se cítím.*“, „*Lidé mě přijímají takového/takovou, jaký/á doopravdy jsem.*“
- Subškála snášenlivosti (*Tolerance Subscale*):
  - měří schopnost odpuštění, usmíření se, schopnost vyjádřit nesouhlas či zklamání, vnímání spravedlnosti mezi lidmi
  - např. „*Po hádce se umím s kamarády usmířit.*“, „*Když mě rodiče zklamou, umím jim odpustit.*“, „*Můžu se spolehnout, že se ke mně lidé budou chovat spravedlivě.*“, „*Umím klidně říci kamarádům, že mi ublížili.*“

### 3. Škála emoční reaktivity (*Emotional Reactivity Scale*):

- Subškála citlivosti (*Sensitivity Subscale*):
  - měří vnímanou citlivost na různé negativní prožitky
  - např. „*Snadno mě něco rozhodí.*“, „*Když mě někdo rozhodí, vrátím mu to.*“, „*Velmi mě rozhodí, když není po mém.*“, „*Velmi mě rozhodí, když mě druzí nemají rádi.*“
- Subškála zotavení (*Recovery Subscale*):
  - měří vnímanou rychlost zotavení se ze silného emočního prožitku
  - např. „*Když mě něco rozhodí, přejde mě to asi za hodinu.*“, „*Když mě něco rozhodí, přejde mě to za den.*“, „*Když mě něco rozhodí, přejde mě to za několik dní.*“
- Subškála poškození (*Impairment Subscale*):
  - měří druh reakce po silném emočním prožitku
  - např. „*Když mě něco rozhodí, špatně se mi přemýšlí.*“, „*Když mě něco rozhodí, dělám věci, které mě později mrzí.*“, „*Když mě něco rozhodí, ublížím si.*“, „*Když mě něco rozhodí, někomu ublížím.*“

Kombinací skóre Škály zvládání a Škály uspokojivých vztahů získáme Index zdrojů reprezentující vnímané silné stránky jedince. Rozdíl mezi skórem Škály emoční reaktivity a Indexem zdrojů pak představuje Index zranitelnosti (Prince-Embury, 2007). Jedince, kteří dosáhnou nízkého skóre Indexu zranitelnosti, považujeme za resilientnější než jedince se skórem vyšším (Prince-Embury, 2011). Čím vyššího skóre Indexu zranitelnosti tedy jedinec dosahuje, tím více bychom mu měli pomoci jeho resilienci posilovat a rozvíjet.

Předností dotazníku je zejména důraz na kompetenci jedince a jeho zkušenosti s využitím vlastních zdrojů při zvládání zátěžových situací. Většina existujících metod zaměřených na resilienci totiž zjišťuje spíše přítomnost poruchy či patologie, případně zkoumá pozitivní charakteristiky prostřednictvím hodnocení aktuálního behaviorálního stavu jedince (Prince-Embury, 2011).

## **5.5 Způsob zpracování dat**

Opakovanou administrací dotazníku Škály resilience pro děti a adolescenty výzkumnému souboru dle výše popsaného designu získáme data ve formě hrubých skóre. V rámci jednotlivých skupin budeme porovnávat hrubé skóre z prvního a druhého měření u tří dílčích škál (Škála zvládání, Škála uspokojivých vztahů, Škála emoční reaktivity) a dvou indexů (Index zdrojů, Index zranitelnosti) za účelem ověření statistické signifikance nalezených diferencí. Tyto difference představují data pro následné porovnání dvou nezávislých výběrů, tedy experimentální a komparační skupiny.

Vzhledem k nízkému předpokládanému počtu participantů v jednotlivých skupinách aplikujeme pro ověření statistické významnosti nalezených rozdílů dvouvýběrový neparametrický Wilcoxonův test (či ekvivalentní Mann-Whitneyův U-test). Ten vyhodnotíme na hladině významnosti 5 %. Pro statistické zpracování dat použijeme program JASP.

Dozvíme se tedy, do jaké míry se u experimentální a komparační skupiny v průběhu roku změnila vnímaná míra resilience a nakolik se v nalezených změnách tyto skupiny od sebe odlišují.

## **5.6 Diskuse**

V literárně-přehledové části práce jsme seznámili čtenáře s problematikou dětí vystavených domácímu násilí a jejich resilience. V souladu s vybranými autory (Crenshaw & Kelly, 2015; Šolcová, 2009) jsme se rozhodli k resilienci přistupovat jako k dynamickému konceptu, který je možné u dětí rozvíjet a posilovat. Tak můžeme učinit v rámci terapie, konkrétně TF-CBT (Cohen & Mannarino, 2008) nebo herní terapie (Tyndall-Lind, Landreth & Giordano, 2001). Právě herní terapie je využívána při práci s dětmi ohroženými domácím násilím i v České republice (Wünschová, 2015).

V empirické části práce jsme navázali na část literárně-přehledovou a představili návrh výzkumného projektu, jehož hlavním cílem je porovnání změn v míře resilience u skupiny dětí, která absolvovala terapii, a skupiny, jež na terapii nedocházela. Tento návrh se však potýká s množstvím omezení a potenciálních nežádoucích proměnných.

Prvním omezením je samotný kvaziexperimentální design výzkumu. Ačkoli se stejně jako design experimentální pokouší o zjišťování příčinných vztahů mezi jednotlivými proměnnými, jeho vnitřní validita je nižší a interpretace získaných dat obtížnější. Důvodem je nemožnost náhodného rozdělení participantů do skupin (Ferjenčík, 2010). V souladu s výzkumnými zjištěními (Cohen et al., 2006) zastáváme přesvědčení, že terapie je pro děti zasažené domácím násilím přínosem. Proto bychom považovali náhodné zařazení některých dětí do skupiny, které není terapie poskytována, za vysoce neetické. Nenáhodné rozdělení participantů do skupin s sebou však přináší vyšší riziko působení nežádoucích proměnných, jejichž kontrola a eliminace je velice obtížná, ne-li nemožná. Problematická je tudíž i eliminace alternativních vysvětlení pro získané výsledky.

Jednou z nežádoucích proměnných je neekvivalentnost skupin. Je pravděpodobné, že děti, které budou docházet na terapii, jsou už před jejím započatím v mnoha směrech odlišné od dětí, které ji navštěvovat nebudou. Rozdíly mohou být dány odlišnými názory a postoji rodiny, především nenásilného rodiče dítěte. Předpokládáme, že rodič, který dítěti terapii umožní, se podstatně liší od rodiče, který si účast dítěte na terapii nepřeje. Je tedy nezbytné uvažovat nad tím, jak tyto rozdílné přístupy a postoje na dítě působí. Neekvivalentnost skupin by ale mohla být naopak také dána tím, že děti z komparační skupiny byly samy od sebe přirozeně resilientnější, a tudíž terapii na rozdíl od dětí ze skupiny experimentální tolik nepotřebovaly.

Děti ve zvoleném věkovém období už navíc mnohdy vyjadřují vlastní názory. Domníváme se tudíž, že o participaci na terapii v některých případech nerozhodoval pouze rodič, ale též dítě samotné. Účast či neúčast může tedy být ovlivněna i osobností či jinými rizikovými a protektivními faktory na straně dítěte. Děti účastníci se terapie mohou být kupříkladu optimističtější a motivovanější, a proto u nich může dojít k rychlejšímu a výraznějšímu nárůstu resilience.

Pohlídat bychom si měli dále to, zda rodiče dítěte bez ohledu na skupinu, do níž dítě patří, sami docházejí na terapii. Je pravděpodobné, že terapie rodiče a s ní související změny v jeho chování a prožívání do jisté míry působí i na dítě. Řešením by zde mohlo být zjištění této informace před zahájením výzkumu, abychom mohli do jednotlivých skupin zařadit stejné či alespoň podobné množství dětí, jejichž rodičům je poskytována terapie.

Odlišné změny v míře resilience u jednotlivých skupin by mohly souviset i s reaktivitou pokusných osob. Potenciální významnější změny u experimentální skupiny by tedy nemusely být způsobeny terapií jako takovou, ale spíše očekáváním pokusných osob či tím, že jim terapeut pravidelně věnuje pozornost.

Další nežádoucí proměnnou je experimentální mortalita. Vzhledem k délce trvání výzkumu a opakovanému měření můžeme předpokládat, že se v průběhu někteří participanti rozhodnou spolupráci ukončit, popřípadě budou muset být z výzkumného vzorku vyloučeni. Důvodem může být předčasné ukončení terapie u členů experimentální skupiny, nebo naopak zahájení terapie u členů skupiny komparační. K tomu může dojít i v případě, že to před započítím výzkumu v úmyslu nemají. Je také možné, že někteří účastníci například onemocní nebo výrazně změní bydliště.

Limitem proponovaného výzkumu je i zvolená metoda sběru dat. Přestože je dotazník obvykle relativně finančně i časově úsporný a dovoluje snadnější zpracování získaných dat, má i množství nevýhod. Jsou jimi nižší věrohodnost, případná nesrozumitelnost položek dotazníku a nemožnost pokládat participantovi doplňující otázky (Ferjenčík, 2010). Toto omezení by mohlo být případně kompenzováno doplňujícím polostrukturovaným rozhovorem s dítětem a rodičem či jiným blízkým dospělým z jeho okolí.

Se zmíněnou nižší věrohodností souvisí problematika sebeposuzování u dětí. Ačkoli je zvolený dotazník určen pro děti již od 9 let, musíme si být vědomi toho, že se v tomto věku schopnost sebeposuzování teprve dotváří. U některých dětí, které vyrůstaly v rodině s domácím násilím, můžeme také předpokládat zesílený efekt sociální desirability. Tyto děti se mohou obávat, že dotazník nevyplní správně a nevyhoví dospělému. Je tedy nezbytné dítě opakovaně ujišťovat o správnosti všech odpovědí a důležitosti upřímnosti při vyplňování. Ke zvýšení pocitu bezpečí je rovněž vhodné zajištění anonymity účastníků a zdůraznění toho, že k získaným informacím nebude mít kromě výzkumníků nikdo další přístup.

Omezením našeho výzkumného návrhu je i opakované měření stejným nástrojem. Existuje možnost, že si děti zapamatují své odpovědi z prvního měření a použijí je i při měření následujícím, a to i v případě, že se skutečná odpověď změnila. Opakování stejného dotazníku může děti též nudit, a proto vést k nepozornosti a nezájmu při vyplňování. To může mít za následek zkreslená data.

S výše navrhovaným výzkumem a jeho četnými limity vyvstávají i další návrhy a doporučení pro budoucí studie. Jedním je případné porovnání herní terapie s jiným terapeutickým přístupem (např. s výše zmíněnou TF-CBT), popřípadě podpůrnou terapií. V našem návrhu jsme k této variantě nepřistoupili z důvodu neuskutečnitelnosti podobného výzkumu v současnosti v České republice. V budoucnu či ve spolupráci se zahraničím by k případné realizaci mohlo dojít. Mohli bychom tak například zjistit, zda jsou potenciální změny ve vnímané míře resilience způsobeny konkrétním terapeutickým přístupem nebo



spíše obecnými psychoterapeutickými faktory. V prvním případě bychom se také mohli dozvědět, jaký terapeutický přístup je vhodnější pro které děti, a tím zvýšit efektivitu poskytovaných intervencí.

## **Závěr**

Domácí násilí v rodině a jeho působení na dítě představuje komplexní problematiku, která je v oboru psychologie aktuální už po několik desetiletí. Zpočátku se výzkum zabýval převážně deskripcí negativních důsledků domácího násilí v životě dětí a posléze možnostmi jejich zmírňování. V současnosti se psychologie však již věnuje i silným stránkám těchto dětí a projevuje snahu o aplikaci různých intervencí při jejich udržování a rozvíjení.

Cílem literárně-přehledové části práce bylo seznámit čtenáře se současným pojetím fenoménu domácího násilí a jeho působení na dítě, které je jím ohrožené. V souvislosti s dětmi vystavenými domácímu násilí se práce zaměřila zejména na resilienci a vybrané terapeutické přístupy využívané při jejím posilování, konkrétně kognitivně behaviorální terapii zaměřenou na trauma a herní terapii.

I přes zvyšující se zájem vědců o toto téma jsem se při tvorbě práce potýkala s nedostatkem dostupných zdrojů. Ačkoli již vznikly některé studie zabývající se resiliencí u dětí vystavených domácímu násilí a výzkumy ověřující účinnost vybraných terapeutických přístupů u tohoto typu klientů, stále nedisponujeme mnoha poznatky propojujícími tyto dvě oblasti. Vezmeme-li v úvahu počet dětí, které se každoročně s domácím násilím potýkají, pokládáme za podstatné získat o této problematice více informací. Právě na to se zaměřuje náš návrh výzkumného projektu.

## Seznam použité literatury

Ahuja, S. & Saha, A. (2016). They Lead, You Follow: Role of Non-Directive Play Therapy in Building Resilience. *Journal of Psychosocial Research*, 11(1), 167-175.

Alaggia, R. & Donohue, M. (2018). Take These Broken Wings and Learn to Fly: Applying Resilience Concepts to Practice with Children and Youth Exposed to Intimate Partner Violence. *Smith College Studies in Social Work*, 88(1), 20-38.

An, S., Kim, I., Choi, Y. J., Platt, M. & Thomsen, D. (2017). The effectiveness of intervention for adolescents exposed to domestic violence. *Children and Youth Services Review*, 79, 132-138.

Appel, A. E. & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal Of Family Psychology*, 12(4), 578-599.

Barvíková, J. & Paloncyová, J. (2016). *Děti, rodiče a domácí násilí: výzkum klientely Acorusu, z.ú.* Praha: VÚPSV. Dostupné na: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_413.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_413.pdf)

Bednářová, Z., Macková, K. & Prokešová, H. (2006). *Studijní materiál o problematice domácího násilí pro pracovníce a pracovníky orgánů sociálně-právní ochrany dětí.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Bentovim, A. (1998). *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách.* Praha: Grada.

Borrego, J., Gutow, M. R., Reicher, S. & Barker, C. H. (2008). Parent-child interaction therapy with domestic violence populations. *Journal of Family Violence*, 23(6), 495-505.

Bowen, E. (2015). The impact of intimate partner violence on preschool children's peer problems: An analysis of risk and protective factors. *Child abuse & neglect*, 50, 141-150.

Boyden, J. & Mann, G. (2005). Children's risk, resilience, and coping in extreme situations. In M. Ungar (Ed.), *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts* (s. 3-26). Thousand Oaks, CA: Sage.

Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.

Breen, D. T. & Daigneault, S. D. (1998). The use of play therapy with adolescents in high school. *International Journal of Play Therapy*, 7(1), 25-47.

Brooks, R. & Brooks, S. (2015). The Use of Metaphors and Storytelling to Nurture Resilience in Children. In D. A. Crenshaw, R. B. Brooks & S. Goldstein (Eds.), *Play therapy interventions to enhance resilience* (s. 53-81). New York: The Guilford Press.

Brooks, R. & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children: Fostering strength, hope and optimism in our children*. New York: Contemporary Books.

Buckley, H., Holt, S. & Whelan, S. (2007). Listen to me! Children's experiences of domestic violence. *Child Abuse Review*, 16(5), 296-310.

Caldwell, J. M. (2014). *Sibling Influences on the Psychosocial Effects of Children's Exposure to Domestic Violence* (Diplomová práce). University of Canterbury.

Centrum LOCIKA (2017). *Metodika hodnocení situace dítěte a práce s celou rodinou ohroženou domácím násilím*. Praha: Centrum LOCIKA.

Co je a co není domácí násilí (n.d.) In *Bílý kruh bezpečí*. Dostupné na: <https://www.bkb.cz/pomoc-obetem/domaci-nasili/co-je-a-co-neni-domaci-nasili>

Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-Focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158-162.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(1), 16-21.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Murray, L. K. & Igelman, R. (2006). Psychosocial Interventions for Maltreated and Violence-Exposed Children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 737-766.

Cohodes, E., Hagan, M., Narayan, A. & Lieberman, A. (2016). Matched trauma: The role of parents' and children's shared history of childhood domestic violence exposure in parents' report of children's trauma-related symptomatology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1), 81-96.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.

Crenshaw, D. A. & Kelly, J. E. (2015). "Dear Mr. Leprechaun": Nurturing Resilience in Children Facing Loss and Grief. In D. A. Crenshaw, R. B. Brooks & S. Goldstein (Eds.), *Play therapy interventions to enhance resilience* (s. 82-106). New York: The Guilford Press.

de la Vega, A., de la Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R. & Domènech, J. M. (2011). Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child abuse & neglect*, 35(7), 524-531.

Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K. & Steer, R. A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: a preliminary examination. *Child abuse & neglect*, 65, 132-139.

Fantuzzo, J. W. & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and Effects of Child Exposure to Domestic Violence. *The Future Of Children*, 9(3), 21-32.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994). The Emanuel Miller memorial lecture 1992 the theory and practice of resilience. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35(2), 231-257.

Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H. & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child abuse & neglect*, 33(9), 648-660.

Graham-Bermann, S. A. & Hughes, H. M. (2003). Intervention for children exposed to interparental violence (IPV): Assessment of needs and research priorities. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 189-204.

Groves, B. M. (1999). Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 9(3), 122-132.

Hamby, S., Finkelhor, D., Turner, H. & Ormrod, R. (2011). Children's exposure to intimate partner violence and other family violence. *National Survey of Children's Exposure to Violence*, U.S. Department of Justice, 1-11.

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.

Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 151-160.

Holt, S., Buckley, H. & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797-810.

Hughes, H. M. (1982). Brief interventions with children in a battered women's shelter: A model preventive program. *Family Relations*, 31, 495-502.

Humpolíček, P. (2013). The Scenotest: A Special Type of Play Therapy in the Projective Diagnostics Context. In S. K. Srivastava, N. Singh, S. Kant, *Psychological Interventions of Mental Disorders* (s. 315-331). New Delhi: Sarup Book Publishers Pvt Ltd.

Karcher, M. J. & Lewis, S. S. (2002). Pair counseling: The effects of a dyadic developmental play therapy on interpersonal understanding and externalizing behaviors. *International Journal of Play Therapy*, 11(1), 19-41.

Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 339.

Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A. & Purcell, S. (2003). Domestic violence is associated with environmental suppression of IQ in young children. *Development and psychopathology*, 15(2), 297-311.

Lang, J. M., Ford, J. D. & Fitzgerald, M. M. (2010). An algorithm for determining use of trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 554.

Langmeier, J. & Matějček, Z. (2014). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.

LeBlanc, M. & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 149-163.

Lebo, D. (1956). Age and suitability for nondirective play therapy. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 89, 231-238.

Lee, J., Kolomer, S. & Thomsen, D. (2012). Evaluating the effectiveness of an intervention for children exposed to domestic violence: A preliminary program evaluation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29(5), 357-372.

Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.

Macková, K. (2009). Definiční vymezení fenoménu domácího násilí. In Z. Bednářová, *Domácí násilí: zkušenosti z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám* (s. 6-12). Praha: Acorus.

Margolin, G. & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 613-619.

Martinez-Torteya, C., Anne Bogat, G., Von Eye, A. & Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: The role of risk and protective factors. *Child development*, 80(2), 562-577.

Matějček, Z., Bubleová, V. & Kovařík, J. (1997). *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Matoušek, O. (2017). Hlavní pojmy a kontexty. In O. Matoušek (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny* (s. 13-20). Praha: Portál.

Matoušek, O. (2017). Obranné a vyrovnávací strategie. In O. Matoušek (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny* (s. 59-68). Praha: Portál.

McCloskey, L. A. & Stuewig, J. (2001). The quality of peer relationships among children exposed to family violence. *Development and psychopathology*, 13(1), 83-96.

Metodické doporučení MPSV č. 3/2010 k postupu orgánů sociálně-právní ochrany dětí v případech domácího násilí, 2010. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. Dostupné na: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9466/metodika\\_3.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9466/metodika_3.pdf)

Němcová, L. & Matoušek, O. (2017). Obecné zásady podpory a terapie. In O. Matoušek (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny* (s. 95-104). Praha: Portál.

Øverlien, C. (2010). Children exposed to domestic violence: Conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work*, 10(1), 80-97.

Phillips, R. D. & Landreth, G. L. (1998). Play therapists on play therapy: II. Clinical issues in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 7(1), 1-24.

Plomin, R. & Dunn, J. (2013). *The study of temperament: Changes, continuities, and challenges*. Psychology Press.

Pokorná, I. & Matoušek, O. (2017). Vliv partnerského násilí na děti. In O. Matoušek (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny* (s. 29-46). Praha: Portál.

Prince-Embury, S. (2007). *Resiliency Scales for Children and Adolescents<sup>TM</sup>: A Profile of personal strengths*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.

Prince-Embury, S. (2011). Assessing personal resiliency in the context of school settings: Using the resiliency scales for children and adolescents. *Psychology in the Schools*, 48(7), 672-685.

Rajalin, M., Hirvikoski, T. & Jokinen, J. (2013). Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *Journal of affective disorders*, 148(1), 92-97.

Ray, D. C., Armstrong, S. A., Balkin, R. S. & Jayne, K. M. (2015). Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools*, 52(2), 107-123.

Ray, D. C. & Bratton, S. C. (2010). What the research shows about play therapy: Twenty-first century update. In J. N. Baggerly, D. C. Ray & S. C. Bratton (Eds.), *Child-centered play therapy research: The evidence base for effective practice* (s. 3-33). Hoboken, NJ: Wiley.

Rye, N. (2008). Play therapy as a mental health intervention for children and adolescents. *The journal of family health care*, 18(1), 17-19.

Saakvitne, K. W., Gamble, S., Pearlman, L. A. & Lev, B. T. (2000). *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*. Baltimore, MD, US: The Sidran Press.

Saltzman, K. M., Holden, G. W. & Holahan, C. J. (2005). The psychobiology of children exposed to marital violence. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(1), 129-139.

Seymour, J. W. (2015). Resilience-Enhancing Factors in Play Therapy. In D. A. Crenshaw, R. B. Brooks & S. Goldstein (Eds.), *Play therapy interventions to enhance resilience* (s. 32-51). New York: The Guilford Press.

Schaefer, C. E. (2003). *Play therapy with adults*. Hoboken: John Wileys & Sons Inc.

Sobotková, I. (2016). Domáci násilí z pohledu vývoje a ochrany dětí. *Psychologie a její kontexty*, 7(1), 3-17.

Statistické údaje intervenčních center v ČR za rok 2017 (2018). In *Asociace pracovníků intervenčních center*. Praha. Dostupné na: <http://www.domaci-nasili.cz/wp-content/uploads/Koment%C3%A1%C5%99-APIC-2017.pdf>

Sternberg, K. J., Baradaran, L. P., Abbott, C. B., Lamb, M. E. & Guterman, E. (2006). Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26(1), 89-112.

Ševčík, D. & Špatenková, N. (2011). *Domáci násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál.

Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada.

Štefková, I. (2015). *Resilience u adolescentů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež* (Diplomová práce). Dostupné na: [https://theses.cz/id/qhlnoh/2015\\_Stefkova-Resilience\\_u\\_adolescentu\\_v\\_NZDM.pdf](https://theses.cz/id/qhlnoh/2015_Stefkova-Resilience_u_adolescentu_v_NZDM.pdf)

Štěpaník, P. (2017). Dítě týrané nebo zneužitý blízkým dospělým. In O. Matoušek (Ed.), *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny* (s. 21-28). Praha: Portál.



Thompson, E. H. & Trice-Black, S. (2012). School-based group interventions for children exposed to domestic violence. *Journal of Family Violence*, 27(3), 233-241.

Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L. & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53.

Ulman, A. & Straus, M. A. (2003). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(1), 41-60.

Vargová, B., Pokorná, D. & Toufarová, M. (2008). *Partnerské násilí*. Praha: Linde.

Vavroňová, M. & Hronová, M. (2014). *Sociologická sonda ROSA: Domácí násilí*. Dostupné na: <http://rosa-os.cz/wp-content/uploads/2014/05/statistika-za-2013.pdf>.

Werner, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11-14.

Waddell, J., Pepler, D. & Moore, T. (2001). Observations of sibling interactions in violent families. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 241-258.

Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R. & Klevens, J. (2014). *Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention Oakland, CA: Prevention Institute.

Wilson, K. & Ryan, V. (2002). Play therapy with emotionally damaged adolescents. *Emotional and behavioural difficulties*, 7(3), 178-192.

Wünschová, P. (2015). *Domácí násilí očima dítěte – zkušenosti práce s dětmi ohroženými domácím násilím* (nepublikovaný text).

Wünschová, P. (2009). Práce s dítětem ohroženým domácím násilím. In Z. Bednářová, *Domácí násilí: zkušenosti z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám* (s. 65-67). Praha: Acorus.

Wünschová, P. (2009). Práce s rodinným systémem během pobytu ohrožených osob v azylovém domě. In Z. Bednářová, *Domácí násilí: zkušenosti z poskytování sociální a terapeutické pomoci ohroženým osobám* (s. 68-71). Praha: Acorus.

Zákon č. 134/2006 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. (2006). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

Zákon č. 135/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti ochrany před domácím násilím (2006). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění. (2009). Praha: Tiskárna  
Ministerstva vnitra.

## Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
ED.	Editor
TF-CBT	Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy